The National Strategy:

Moving Forward

The 2001 Federal Provincial Territorial Progress Report on Tobacco Control

Prepared by the Advisory Committee on Population Health Working Group on Tobacco Control.
No changes permitted. Permission is granted for non-commercial reproduction.
Please acknowledge the source.

This publication can be made available in/on computer diskette/large print/audio-cassette/braille upon request or at the following Web site address:
http://www.tobacco-control.com

Ce document est aussi offert en français sous le titre :
Aller vers l'avant : rapport d'étape fédéral provincial territorial sur la lutte contre le tabagisme

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by
the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001
Cat. H21-175/2001
ISBN: 0-662-66028-5

102-05895/

The National Strategy:

Moving Forward

The 2001 Federal Provincial Territorial Progress Report on Tobacco Control

Executive Summary

In September 1998, the Provincial/Territorial Conference of Ministers of Health asked the Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health to develop a national tobacco control strategy. Under their direction, the Steering Committee of the National Strategy to Reduce Tobacco Use in Canada in partnership with the Advisory Committee on Population Health prepared *New Directions for Tobacco Control in Canada—A National Strategy.*

Released in 1999, the National Strategy provides a framework encouraging collaborative action by governments and non-governmental organizations to reduce the use of tobacco in Canada. The federal/provincial/territorial Ministers of Health endorsed the strategy, agreeing that sustained, comprehensive, integrated, and collaborative approaches were required for successful tobacco control. Since tobacco use is the most important cause of preventable illness, disability, and premature death in Canada, the desired result for tobacco control is to reduce the number of deaths and illnesses attributable to smoking and exposure to second-hand smoke.

This report, *The National Strategy: Moving Forward,* is the first annual progress report and identifies indicators for measuring progress and establishes baselines to track progress in achieving the National Strategy's goals of prevention, cessation, protection, and denormalization. This first report addresses advances made by the federal, provincial, and territorial governments, often working in partnership with NGOs, community groups, and voluntary health agencies, in support of the National Strategy up to May 2001 and presents data for 2000 where it is available. It is hoped that any future progress reports will include initiatives of non-governmental organizations as well.

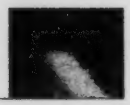
While progress is difficult to measure on a year-to-year basis, an annual progress report can track trends over time and pinpoint deficiencies in the knowledge required to combat tobacco use. This report identifies what information is currently available; notes trend data; establishes, where possible, baseline data for previously unreported indicators; and identifies areas where data is not currently available.

The *National Strategy: Moving Forward* presents data on the prevalence of smoking in Canada, on the consumption of tobacco products, on Canada's tobacco industry, and on selected adverse health effects of tobacco use. It also provides anecdotal material on a variety of tobacco control initiatives currently taking place across the country that are indicative of progress in the National Strategy's five strategic directions.

The 2000 data from Health Canada's Canadian Tobacco Use Monitoring Survey indicate that the percentage of smokers in Canada has edged downward to 24% from 30% in 1990. However, prevalence rates among young Canadians continue to be of particular concern since the majority of new recruits to smoking come from among adolescents. Smoking rates among women are also of concern as the decrease in prevalence appears to have flattened with a downward shift of only 0.2% since 1999.

The report also identifies some serious data gaps. There is some indication that the smoking rates for aboriginal groups are much higher than those of the general population, but there is no data collection mechanism that regularly tracks smoking rates among aboriginal groups. There is also a serious lack of data from Yukon, Northwest Territories, and Nunavut. And finally, while the health risks of tobacco use are well established, data collection has focused on certain conditions, particularly lung cancer and cardiovascular diseases. Other illnesses that are known to be associated with smoking, such as asthma and middle ear infections, require more refinement in data collection.

Contents



Introduction 1

Part One: Tracking Key Indicators 3
About statistics 3
Prevalence statistics 3
Tobacco consumption statistics 4
Tobacco sales statistics 4
Smoking prevalence in Canada 4
Cigarette consumption 8
Health effects of tobacco use 9
Mortality attributable to smoking 10
Lung cancer 12
Lung cancer estimates for 2001 13
Cardiovascular disease 13
Other health problems 13
Tobacco industry statistics 15

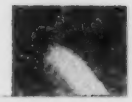
Part Two: Moving Toward a Smoke-Free Society 18
Prevention 19
Cessation 19
What motivated successful quitters 20
What it takes to quit 20
Protection 21
Some provincial data on workplace smoking restrictions 22
Denormalization 22

Part Three: Progress in Strategic Directions 23
Policy and Legislation 23
Establishing smoke free environments 24
Implementing tax increases 24
Developing policies and recommendations 25
Strengthening tobacco control strategies 25
Public Education (Information, Mass Media, Programs, and Services) 25
From household to household 26
Via telephone 26
Through television advertising 26
On the Internet 26
Reaching out to youth 27
Industry Accountability and Product Control 27
Regulations 28
Health warnings 28
Recovery of health care costs 28
Research, Evaluation, and Monitoring 28
Research 28
Pilot projects 29
Evaluation 29
Monitoring 29
Building and Supporting Capacity for Action 30
First Nations, Inuit and Métis 32

Conclusion: Moving Forward 33

Appendix A: Smoking Prevalence Statistics by Province A-1

Introduction



Canada is recognized internationally as a leader in combating tobacco use and in regulating the sale, marketing, and labelling of tobacco products. Through a combination of legislation, public education campaigns, and public health actions, the percentage of smokers in the Canadian population is about half what it was in 1965.

However, the rate of decline in the use of tobacco has slowed over time, raising concerns about how best to move forward toward reducing tobacco use. In September 1998, the Provincial/Territorial Conference of Ministers of Health asked the Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health to develop a national tobacco strategy. Under their direction, the Steering Committee of the National Strategy to Reduce Tobacco use in Canada in partnership with the Advisory Committee on Population Health prepared *New Directions for Tobacco Control in Canada: A National Strategy.*

Released in 1999, the National Strategy provides a framework for action to reduce the use of tobacco in Canada. The federal/provincial/territorial Ministers of Health endorsed the strategy, agreeing that sustained, comprehensive, integrated, and collaborative approaches were required for successful tobacco control.

The revised National Strategy retained three long-standing goals: prevention—keeping youth from starting to smoke; cessation—helping smokers quit; and protection—ensuring smoke-free environments. To these goals, it added a fourth: denormalization—changing Canadians' attitudes toward tobacco products and tobacco use.

The National Strategy is based on a population health framework that addresses a wide range of the known determinants of smoking. A population health framework takes into consideration social, economic, and environmental factors that influence smoking trends, as well as personal health practices and coping skills, and the accessibility of appropriate services. Obviously, a problem of this complexity and magnitude requires long-term, sustained, and complementary approaches in the areas of research, policy, legislation, and health promotion programs.

While the no-smoking message is meant for all Canadians, interventions directed to the general public must be balanced by interventions tailored to the needs of groups and individuals facing particular risks. Successfully controlling tobacco use and reducing the demand for tobacco products requires diversified strategies that include conducting research, developing policies, and designing effective programs. It also requires a coordinated approach with responsibility shared among all levels of government and non-government organizations. Non-governmental organizations have made substantial contributions to various aspects of tobacco control in Canada and it is anticipated that the next progress report will benefit from their input.

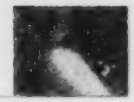
While it is outside the scope of this report, it should be noted that Canada is a leading supporter of international tobacco control efforts and that many Canadian non-governmental organizations, with the support of Health Canada, have participated in World Health Organization meetings to develop an International Framework Convention on Tobacco Control.

Measuring progress is a necessary adjunct to the National Strategy. Given the length of time between the implementation of an initiative and its impact, key indicators must be identified and tracked regularly over a long period of time. This report, *The National Strategy: Moving Forward*, identifies indicators for measuring progress and establishes baselines to track progress. This first report addresses advances made by the federal, provincial, and territorial governments in support of the National Strategy up to May 2001 and presents data for 2000 where it is available.

While progress is difficult to measure on a year-to-year basis, an annual progress report can track trends over time and pinpoint gaps in the knowledge required to combat tobacco use. This report identifies the information currently available; notes trend data; establishes, where possible, baseline data for previously unreported indicators; and identifies areas where data is not currently available.

This baseline report provides information in three sections. Part One presents statistics on the prevalence of smoking in Canada, on the consumption of tobacco products, on Canada's tobacco industry, and on selected adverse health effects of tobacco use. Part Two examines ways of measuring progress toward meeting the strategy's four goals. Part Three provides anecdotal material on a variety of tobacco control initiatives currently taking place across the country that are indicative of progress in the National Strategy's five strategic directions. While space limitations did not permit providing a comprehensive list of activities, the number and extent of initiatives throughout the country is itself an indication of progress in tobacco control and an indication of the commitment at all levels to moving forward with the National Strategy.

Part One: Tracking Key Indicators



Knowledge is often the most powerful change agent. But it is not sufficient to merely know the destination or even the route. The careful traveller notes milestones and landmarks to make sure that the route is followed and the destination attained. To make sure that Canada stays on track and keeps moving forward toward becoming a smoke-free society, certain key indicators must be tracked over time.

The annual progress report to the Ministers of Health will track changes in the prevalence of smoking in Canada (how many Canadians smoke) and in cigarette consumption (the average number of cigarettes smoked by daily smokers). The progress report will also track selected adverse health effects of tobacco use. To complete the statistical picture of tobacco use, it will present some tobacco industry financial and sales information.

About statistics

Traditionally, tobacco use has been measured in three ways: prevalence, consumption, and tobacco sales. While each of these measures has its strengths and weaknesses, together they complement each other.

Prevalence statistics

Existing Canadian prevalence data have been collected through a variety of surveys with no long-term continuity or comparison. Unfortunately until 1999, there were no annual large-scale surveys. Figures 2 and 3 illustrate this inconsistent and sporadic data collection. Of those surveys that had been conducted, few had sample sizes large enough to provide statistically significant provincial prevalence rates. In addition, because of the time it took to ensure the quality of the data, there was usually a time lag of two or even three years between the survey and the availability of the data. A time lag of this length can complicate planning tobacco control initiatives.

As a correction to some of these deficiencies, Health Canada instituted the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) in 1999. CTUMS is a data collection vehicle that provides Health Canada and its partners with up-to-date, reliable, comparable, and continuous data on tobacco use in Canada. Statistics Canada, which conducts CTUMS for Health Canada, provides half-year (Wave 1 and 2) and yearly data provincially with a national roll-up, with a full-year sample size of about 20,000 respondents. About 50% of those surveyed are between 15 and 24 years of age. At 6 months, the turn around time for CTUMS data is much shorter than previously conducted surveys.

There is still, however, a serious data gap. The most common, and economical, data collection method is the telephone survey. Because of the fewer number of households with telephones in the North, data collection in Yukon, Northwest Territories, and Nunavut is more costly. For this reason, the territories typically are not included in large surveys, thus making tobacco use data difficult to obtain for the North.

It should be remembered that current surveys also are not able to gather information on certain population groups, for example, individuals who have been institutionalized or incarcerated and those who are homeless.

When examining historical data, it is important to remember that until recently there was little consistency in the way Canadians were asked about their smoking patterns. In 1994, Health Canada hosted a workshop on formulating questions about smoking behaviours. Since the workshop's recommendations were published in *Chronic Diseases in Canada* (Summer 1994, Vol. 15, No. 3) they have served as a guide in constructing tobacco use surveys.

For all of these reasons, while existing prevalence data may not bear close scrutiny on a year-to-year basis, they still provide a useful picture of overall trends when viewed over a number of years.

Tobacco consumption statistics

The collection and analysis of consumption data present a different problem. Sometimes consumption is determined by averaging the number of cigarettes smoked by all daily smokers. Sometimes consumption statistics are determined by dividing the number of cigarettes sold by the total population, or by the smoking population. Since these are averages, large changes that can be seen in sales data are not reflected in changes in consumption. Furthermore, the former method relies on self-reporting and smokers inevitably under-report their consumption. Therefore, these numbers tend to be lower than cigarette sales reported for the same time period. There has been a difference between self-reported consumption figures and sales figures of as much as 30%. However, since under-reporting is consistent for both women and men, and among all age groups, some year-to-year comparisons can be made with a degree of confidence.

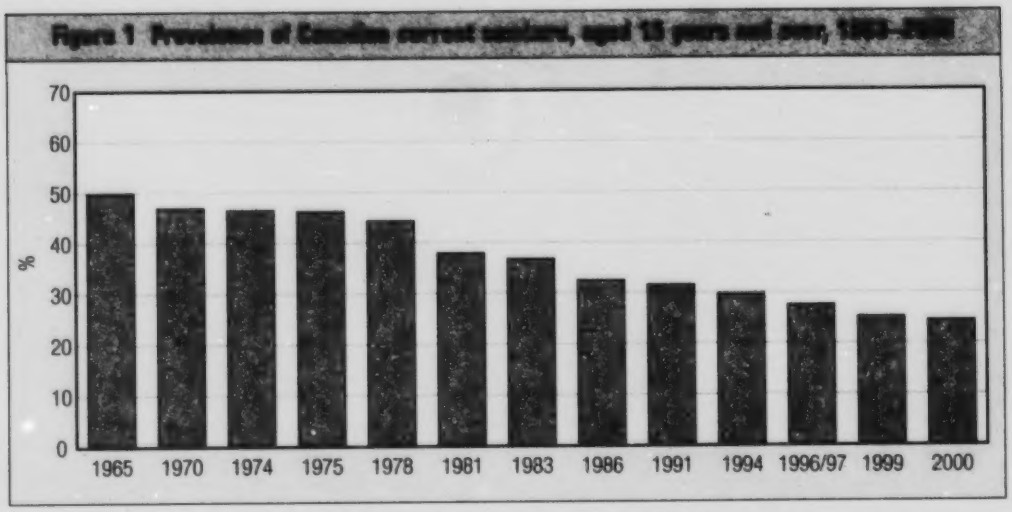
Tobacco sales statistics

The sales figures reported are not retail sales figures but sales from the manufacturer to the wholesaler, for which excise taxes and duties have been paid. While these data are collected and reported monthly, they do not represent short-term consumer purchases. Nevertheless, in the long-term (1 year or longer), these data do represent consumer behaviour.

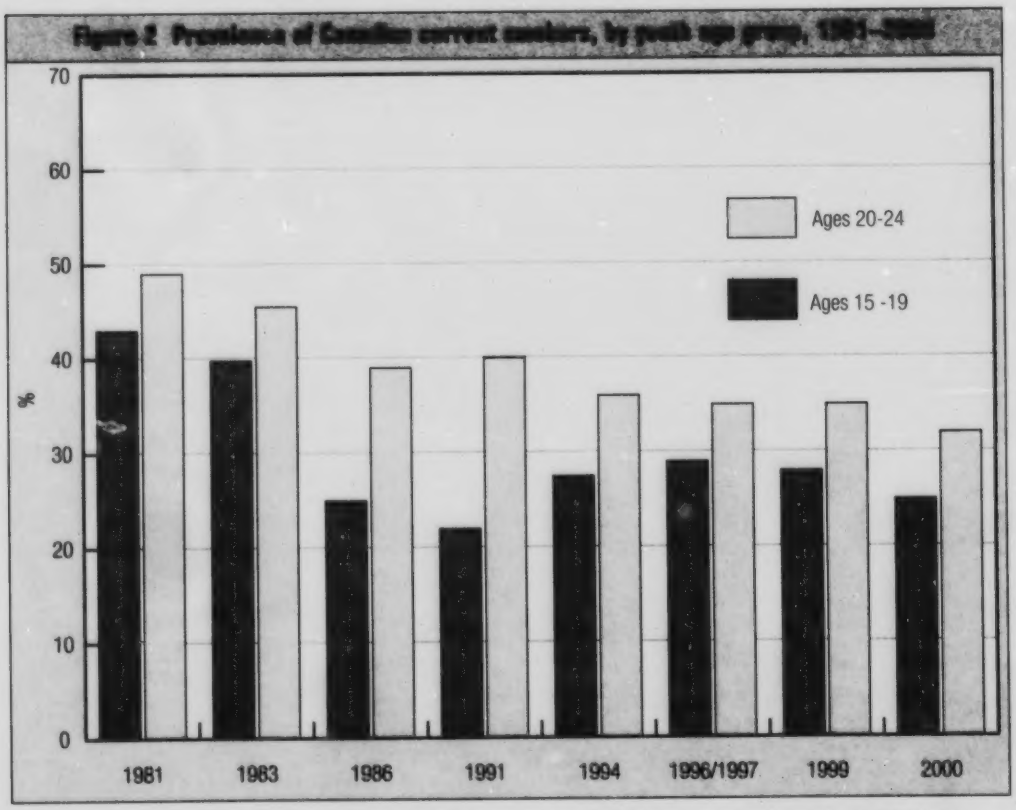
Smoking prevalence in Canada

According to the 2000 CTUMS results, Canadian smoking prevalence rates have reached the lowest overall level recorded since regular monitoring of smoking began in 1965. Slightly more than 6 million Canadians 15 years of age and older were smokers in 2000. This represents a decline in the percentage of smokers from 50% in 1965 to 24% in 2000. (Figure 1)

Twenty-three percent of women smoke and 26% of men. Since the prevalence rate of male smokers has always been higher, the decline among male smokers has been greater than among female smokers. In 1965, men accounted for 61% of smokers while women accounted for 38%. (Figure 3)

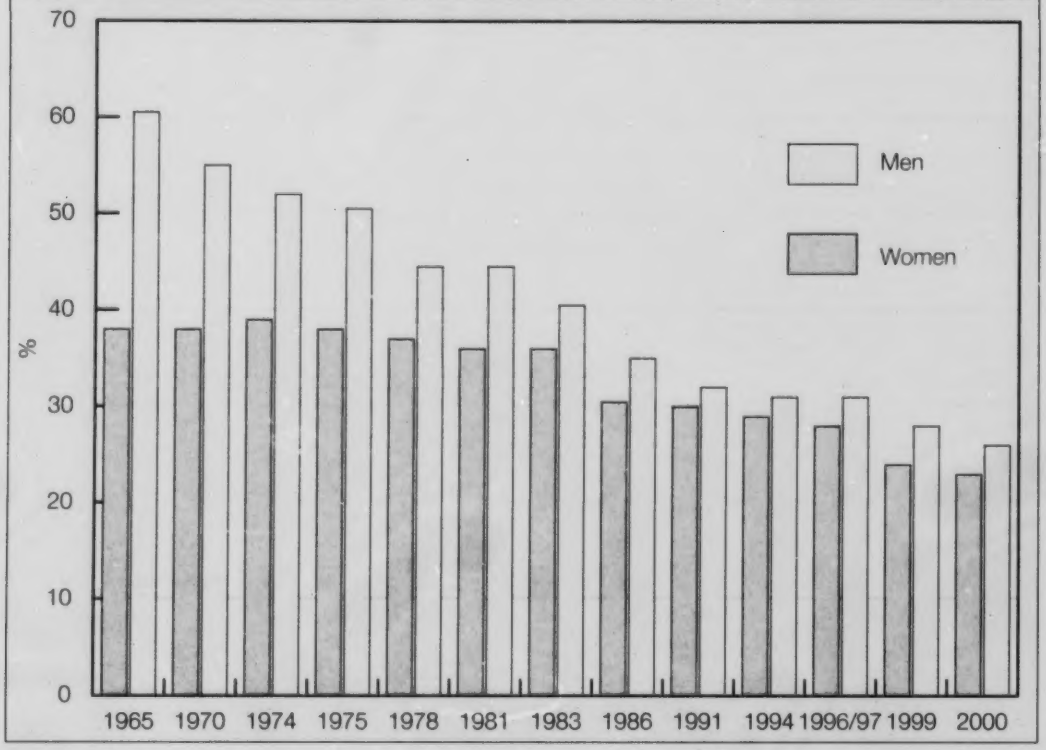


Sources: 1965-1975, 1981-1986 Labour Force Survey Supplement; 1978, Canada Health Survey; 1991, General Social Survey; 1994, Survey on Smoking in Canada; 1996/97, National Population Health Survey; 1999-2000, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).



Sources: 1981-1986 Labour Force Survey Supplement; 1991, General Social Survey; 1994, Survey on Smoking in Canada; 1996/97, National Population Health Survey; 1999-2000, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

Figure 3 Prevalence of Canadian current smokers, aged 15 years and over, by sex, 1965–2000



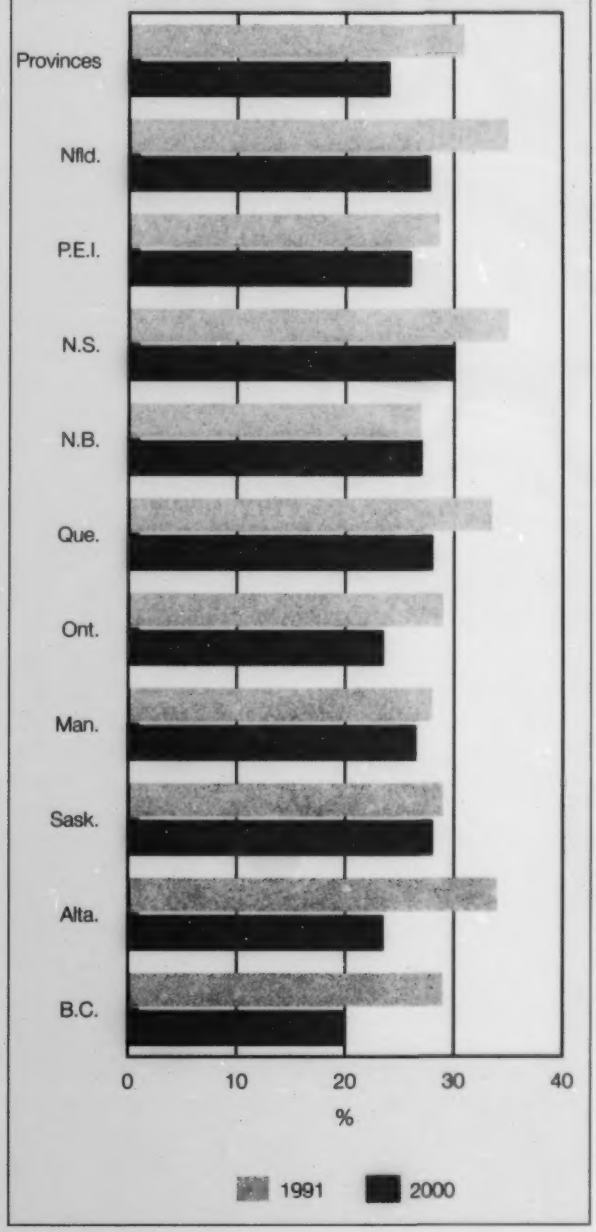
Sources: 1965-1975, 1981-1986 Labour Force Survey Supplement; 1978, Canada Health Survey; 1991, General Social Survey; 1994, Survey on Smoking in Canada; 1996/97, National Population Health Survey; 1999-2000, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

While the overall smoking prevalence rates and those for men and women have exhibited a steady decline over the past 35 years, the rates for youth aged 15 to 19 years of age have not shown the same steady decline. Between 1990 and 1994 the prevalence rates of teenagers increased. However, the trend reversed in 1994 and in 2000 was 25%, down from 28% in 1999. The rate for teenage females was slightly higher at 27%, than for teenage males at 23% in 2000. The survey results indicate that more girls begin smoking at an earlier age than boys. If the 15 to 19 year age group is broken down, 25% of 15 to 17 year old girls smoked as compared to only 19% of boys. By the 18 to 19 age group, the prevalence rate reaches 31% for both genders. (Figure 2)

The prevalence rate for the 20 to 24 age group has declined from 35% in 1999 to 32% in 2000. Since the rate for women in this age group remained stable at 32%, the change is due primarily to the decline in the smoking rate for men, which went from 40% in 1999 to 33% in 2000.

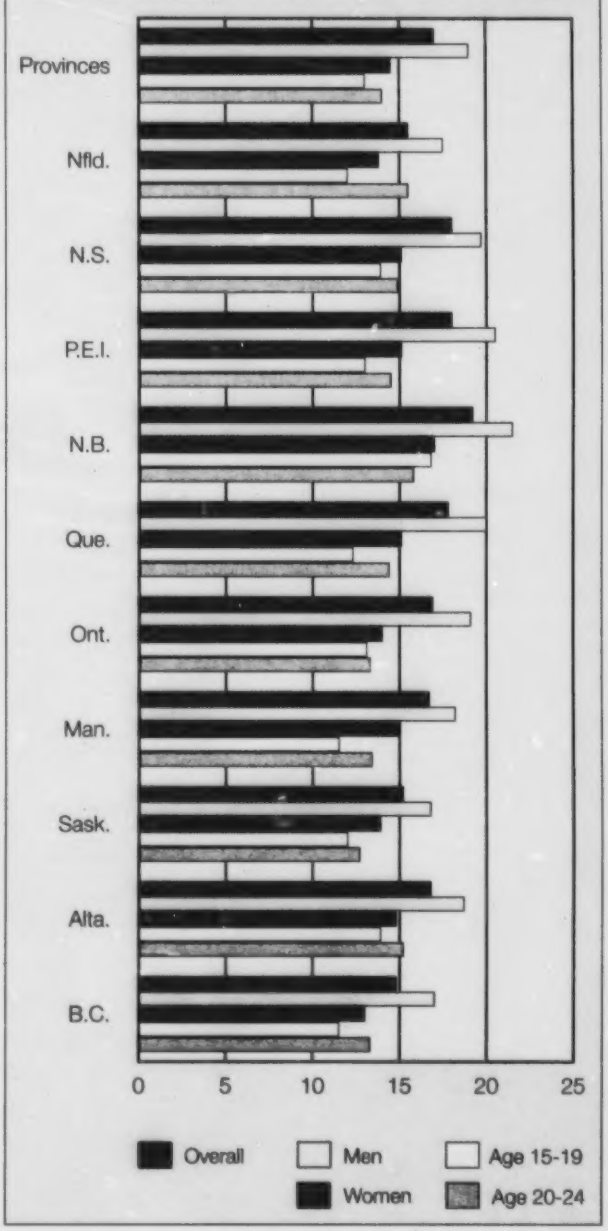
Prevalence rates vary widely between the provinces from 20% in British Columbia to 30% in Nova Scotia. For the first time in a decade, Quebec was not ranked first in overall smoking prevalence. Teen smoking rates dropped from 36% to 30% in Quebec, from 31% to 24% in Saskatchewan, and from 28% to 21.5% in Prince

Figure 4 Prevalence of Canadian current smokers, by province, 1991 and 2000



Sources: General Social Survey; Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

Figure 5 Average number of cigarettes smoked daily by Canadian daily smokers, aged 15 years and over, 2000



Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Survey Annual, 2000.

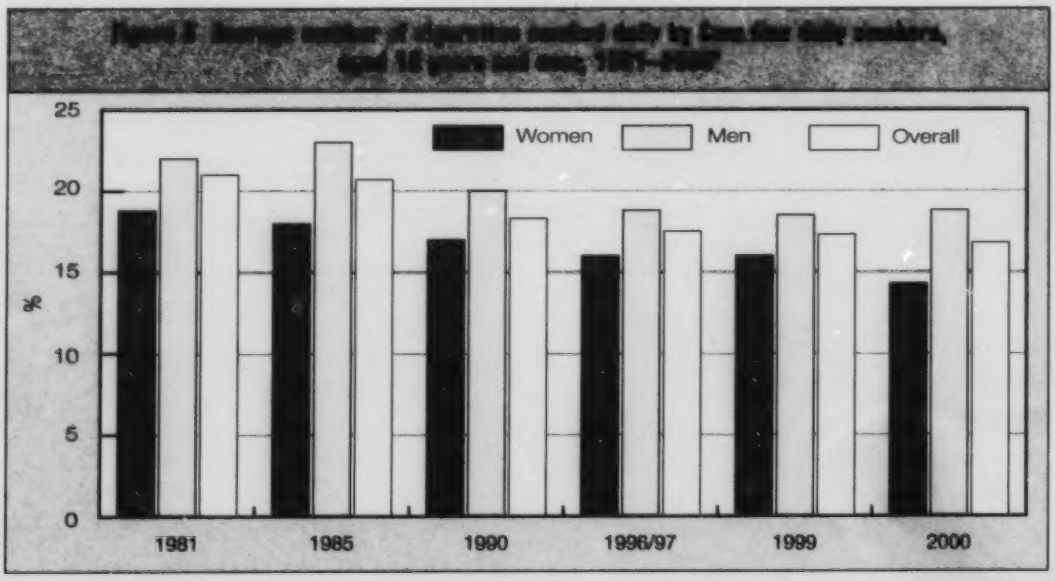
Edward Island. Along with Quebec, the greatest improvements were noted in Alberta and Newfoundland, with most provinces showing a decline. (Figure 4) Tables with more detailed provincial prevalence rates are in Appendix A.

Unfortunately, little data exist on tobacco use by aboriginal peoples. What we do know from the Aboriginal Peoples Survey, which was conducted on reserves only, and the First Nations and Inuit Regional Health Survey is that aboriginal smoking prevalence is likely more than twice the rate for Canada. In 1997, the prevalence rate among First Nations and Labrador Inuit was 62%. (See Table A-11 in Appendix A for more detailed prevalence information for the Northwest Territories.)

The Department of Health and Social Services of the Northwest Territories has published a technical report, *The Facts About Smoking in the Northwest Territories*, that is based on data from several surveys conducted in 1996 and 1999. The report's findings confirm that prevalence rates in the Northwest Territories are very high—42% of the population 18 years and older smoke and 27% of 10 to 17 year olds are current smokers. According to this report, smoking prevalence is higher among aboriginal people for every age group. For the 25 to 34 year age group, the aboriginal smoking rate (62%) is more than double that of non-aboriginals (28%).

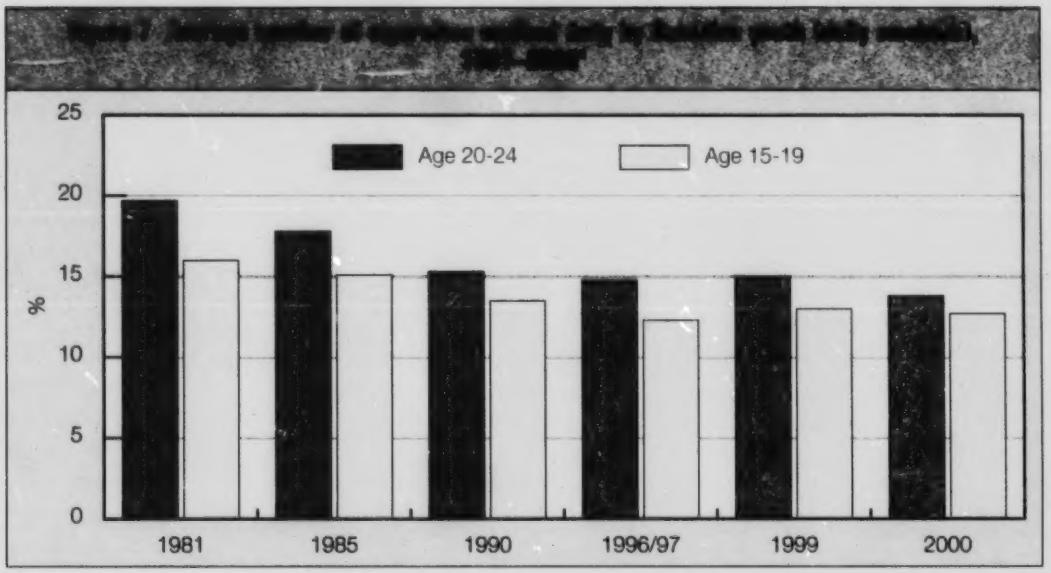
Cigarette consumption

According to the 2000 CTUMS, there were approximately 6 million self-reported smokers in the 10 provinces. There were provincial differences in consumption that may be at least partially due to cigarette price differences, but that may also reflect tobacco control initiatives. The lowest average daily consumption level was reported in British Columbia and the highest in New Brunswick. Along with British



[a] Provincial data only.

Sources: 1981, Labour Force Supplement; 1985 and 1990, Health Promotion Survey; 1996/97, National Population Health Survey; 1999-2000, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).



* Provincial data only.

Sources: 1981, Labour Force Supplement; 1985 and 1990, Health Promotion Survey; 1996/97, National Population Health Survey; 1999-2000, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual).

Columbia, Quebec and Newfoundland had the greatest decline in consumption in 2000. The change in Quebec's cigarette consumption level reflects the drop in daily cigarette consumption by women from 18.2 in 1999 to 15.1 in 2000. (Figure 5)

In the 15 to 19 age group, the lowest rates were found in British Columbia, Saskatchewan, and Manitoba. The highest rate was in New Brunswick where the number of cigarettes smoked per day by 15 to 19 year-old smokers went from 14.6 in 1999 to 16.6 in 2000.

Daily consumption levels have declined steadily for both men and women over the last twenty years. The decline has been more marked for men than for women, since men historically smoked substantially more cigarettes per day than women did. While the overall 2000 figures indicate a decline since 1999, men are smoking marginally more cigarettes per day than they reported in 1999. (Figure 6)

In 1999, consumption levels reported by young Canadians, particularly the 15 to 19 age group, increased. However, in 2000 there was a decrease for both the15 to19 age group and the 20 to 24 age group. (Figure 7)

Health effects of tobacco use

Although current data collection methods have been improved through the use of standardized definitions and questions, there are still gaps in tobacco-related health statistics. Nationally, it is difficult to link datasets of smoking behaviour, health risks, and health outcomes. Thus, at this time, it is difficult to monitor some of the known illnesses resulting from tobacco use, their impact on individuals and families, and on the health care system, economically or otherwise.

Table 1 Smoking-attributable mortality estimates for current and former smokers, by region and sex, Canada,[a] 1991, 1994, and 1996

	1991[b]	1994[c]	1996[c]
Canada[a]	40 818	45 472	45 215
Men	27 646	29 991	29 229
Women	13 172	15 481	15 986
Atlantic	3 886	4 530	4 305
Men	2 761	3 059	2 865
Women	1 125	1 471	1 440
Quebec	11 693	12 591	12 329
Men	8 094	8 580	8 254
Women	3 599	4 011	4 075
Ontario	14 295	15 931	15 642
Men	9 503	10 376	9 942
Women	4 792	5 555	5 700
Prairies	5 780	6 910	7 080
Men	3 912	4 566	4 560
Women	1 868	2 344	2 520
British Columbia	5 164	5 510	5 931
Men	3 376	3 410	3 680
Women	1 788	2 100	2 251

[a] Canada total does not include Nunavut, Northwest Territories, and Yukon estimates owing to unavailability of smoking prevalence data for the territories for these years.

[b] Source: Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1991. CJPH, Volume 86, No. 4, July/August 1995.

[c] Source: Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1994 and 1996. CDIC, Volume 20, No. 3, 1999.

To improve estimates of smoking-attributable morbidity and mortality rates, much work needs to be done in gathering information on the smoking status of people with certain health conditions. While the adverse health effects and the health risks of tobacco use are well established, data collection has focused on certain medical conditions, notably lung cancer and cardiovascular diseases. Other illnesses that are known to be associated with smoking or exposure to second-hand smoke, such as asthma and middle ear infections, require more refinement in data collection.

Since year-to-year differences in the number of tobacco-related deaths and major diseases diagnosed may be small, long-term trends are of primary interest. A further difficulty in analyzing health statistics is the long delay in the onset of diseases associated with smoking. The incidence of lung cancer recorded today is the result of smoking patterns observed 20 to 40 years ago. Furthermore, during that period, there were considerable advances made in medical technology that have reduced the mortality figures more than might otherwise have happened.

Mortality attributable to smoking

Smoking remains the number one preventable cause of death and disease in Canada with the number of mortalities remaining around 45,000 Canadians each year. Smoking far exceeded the second most prevalent preventable cause of death—accidents, which accounted for 8,600 deaths in 1996.[1]

[1] Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and Its Regions, 1994 and 1996. CDIC, Volume 20, No. 3, 1999.

Table 2 Estimated number of new cases and deaths from lung and oral cancer in 2001[a]

	Lung cancer ICD-9 162[b]						Oral cancer ICD-9 140-149[b]					
	New cases			Deaths			New cases			Deaths		
	Men	Women	Overall	Men	Women	Overall	Men	Women	Overall	Men	Women	Overall
Canada	12 100	9 200	21 200	10 700	7 400	18 000	2 100	980	3 100	730	320	1 050
Nfld.	150	90		240	100		60	10		15	—[c]	
P.E.I.	65	45		55	50		10	5		5	—[c]	
N.S.	440	340		430	290		65	35		30	15	
N.B.	380	260		350	160		45	20		20	5	
Que.	3 900	2 600		3 500	2 100		540	200		220	70	
Ont.	4 100	3 300		3 500	2 500		830	410		250	130	
Man.	450	330		350	250		100	50		30	20	
Sask.	350	260		320	250		75	30		15	10	
Alta.	840	690		740	600		160	80		50	25	
B.C.	1 300	1 200		1 200	1 050		250	140		95	45	

[a] Rates adjusted. Row and column totals may not match individual figures owing to rounding.

[b] ICD-9 refers to the 9th revision of the International Classification of Diseases.

[c] Fewer than 5 cases.

Source: Canadian Cancer Statistics 2001. Toronto: National Cancer Institute of Canada; 2001. <www.cancer.ca/stats/tables/tab6ehtm> [Cited: 14 June 2001]

In 1991, there were an estimated 41,400 deaths in Canada attributable to smoking, which represented 21% of all deaths that year. The death rate for men was more than double that for women—27,900 to 13,500.[2]

By 1996, the number of deaths attributable to smoking had increased by an estimated 8%, or 3,800 deaths, of which 64% were women. During this period, the number of smoking-related deaths among men remained relatively constant at about 27,500. However, smoking-related deaths among women are increasing at a faster rate than those among men. In 1985, only 9,000 such deaths had occurred among women. In 1985, the ratio of male-to-female deaths attributable to smoking was approximately 3 to1. In 1989, this ratio had fallen to 2.5 to 1 and in 1991 it was 2 to 1. In 1996, it further declined to 1.8 to 1.

Of the 45,200 deaths attributable to smoking in the 1996 estimates, 100 deaths were estimated for children under the age of 1, of which 60% were boys. Cancers accounted for 17,700 of the total estimates, cardiovascular diseases accounted for another 17,800, and respiratory diseases accounted for the remaining 9,500 deaths. Regionally, between 1991 and 1996, smoking-related deaths increased in the Prairies by 20% and in Ontario by 8%.

[2] Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ, Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1991. CJPH, Vol. 86, No. 4, July/August 1995.

Table 1 Smoking-attributable mortality estimates for current and former smokers, by region and sex, Canada,[1] 1991, 1994, and 1996

	1991[b]	1994[c]	1996[c]
Canada[a]	40 818	45 472	45 215
Men	27 646	29 991	29 229
Women	13 172	15 481	15 986
Atlantic	3 886	4 530	4 305
Men	2 761	3 059	2 865
Women	1 125	1 471	1 440
Quebec	11 693	12 591	12 329
Men	8 094	8 580	8 254
Women	3 599	4 011	4 075
Ontario	14 295	15 931	15 642
Men	9 503	10 376	9 942
Women	4 792	5 555	5 700
Prairies	5 780	6 910	7 080
Men	3 912	4 566	4 560
Women	1 868	2 344	2 520
British Columbia	5 164	5 510	5 931
Men	3 376	3 410	3 680
Women	1 788	2 100	2 251

[a] Canada total does not include Nunavut, Northwest Territories, and Yukon estimates owing to unavailability of smoking prevalence data for the territories for these years.

[b] Source: Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1991. CJPH, Volume 86, No. 4, July-August 1995.

[c] Source: Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1994 and 1996. CDIC, Volume 20, No. 3, 1999.

To improve estimates of smoking-attributable morbidity and mortality rates, much work needs to be done in gathering information on the smoking status of people with certain health conditions. While the adverse health effects and the health risks of tobacco use are well established, data collection has focused on certain medical conditions, notably lung cancer and cardiovascular diseases. Other illnesses that are known to be associated with smoking or exposure to second-hand smoke, such as asthma and middle ear infections, require more refinement in data collection.

Since year-to-year differences in the number of tobacco-related deaths and major diseases diagnosed may be small, long-term trends are of primary interest. A further difficulty in analyzing health statistics is the long delay in the onset of diseases associated with smoking. The incidence of lung cancer recorded today is the result of smoking patterns observed 20 to 40 years ago. Furthermore, during that period, there were considerable advances made in medical technology that have reduced the mortality figures more than might otherwise have happened.

Mortality attributable to smoking

Smoking remains the number one preventable cause of death and disease in Canada with the number of mortalities remaining around 45,000 Canadians each year. Smoking far exceeded the second most prevalent preventable cause of death—accidents, which accounted for 8,600 deaths in 1996.[1]

[1] Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and Its Regions, 1994 and 1996. CDIC, Volume 20, No. 3, 1999.

Table 2 Estimated number of new cases and deaths from lung and oral cancer in 2001[a]

	Lung cancer ICD-9 162[b]						Oral cancer ICD-9 140-149[b]					
	New cases			Deaths			New cases			Deaths		
	Men	Women	Overall	Men	Women	Overall	Men	Women	Overall	Men	Women	Overall
Canada	12 100	9 200	21 200	10 700	7 400	18 000	2 100	980	3 100	730	320	1 050
Nfld.	150	90		240	100		60	10		15	—	
P.E.I.	65	45		55	50		10	5		5	—	
N.S.	440	340		430	290		65	35		30	15	
N.B.	380	260		350	160		45	20		20	5	
Que.	3 900	2 600		3 500	2 100		540	200		220	70	
Ont.	4 100	3 300		3 500	2 500		830	410		250	130	
Man.	450	330		350	250		100	50		30	20	
Sask.	350	260		320	250		75	30		15	10	
Alta.	840	690		740	600		160	80		50	25	
B.C.	1 300	1 200		1 200	1 050		250	140		95	45	

[a] Rates adjusted. Row and column totals may not match individual figures owing to rounding.

[b] ICD-9 refers to the 9th revision of the International Classification of Diseases.

[c] Fewer than 5 cases.

Source: Canadian Cancer Statistics 2001. Toronto: National Cancer Institute of Canada; 2001. <www.cancer.ca/stats/tables/tab6ehtm> [Cited: 14 June 2001]

In 1991, there were an estimated 41,400 deaths in Canada attributable to smoking, which represented 21% of all deaths that year. The death rate for men was more than double that for women—27,900 to 13,500.[2]

By 1996, the number of deaths attributable to smoking had increased by an estimated 8%, or 3,800 deaths, of which 64% were women. During this period, the number of smoking-related deaths among men remained relatively constant at about 27,500. However, smoking-related deaths among women are increasing at a faster rate than those among men. In 1985, only 9,000 such deaths had occurred among women. In 1985, the ratio of male-to-female deaths attributable to smoking was approximately 3 to1. In 1989, this ratio had fallen to 2.5 to 1 and in 1991 it was 2 to 1. In 1996, it further declined to 1.8 to 1.

Of the 45,200 deaths attributable to smoking in the 1996 estimates, 100 deaths were estimated for children under the age of 1, of which 60% were boys. Cancers accounted for 17,700 of the total estimates, cardiovascular diseases accounted for another 17,800, and respiratory diseases accounted for the remaining 9,500 deaths. Regionally, between 1991 and 1996, smoking-related deaths increased in the Prairies by 20% and in Ontario by 8%.

[2] Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions. 1991. CJPH, Vol. 86, No. 4, July/August 1995.

Lung cancer

Cigarette smoking is the predominant cause of lung cancer, accounting for at least 80% of all new cases in women and 90% of those in men. The risk of lung cancer rises sharply as the number of cigarettes smoked daily increases and rises even more sharply with the length of time as a smoker.[3]

In 1991, of all smoking-related deaths, lung cancer accounted for 31% of deaths among men and 26% of deaths among women. By 1998, an estimated 17,100 deaths due to lung cancer occurred in Canada, and there were an estimated 20,400 new cases of lung cancer diagnosed.

Lung cancer incidence and mortality rates among women have been historically much lower than among men, although both of these rates have been increasing among women over the past two decades while incidence rates for men started to decline by the mid-80s.

Table 3 Estimated age-standardized mortality rates[a] for lung and oral cancer, 2001

	Rate per 100 000			
	Lung cancer ICD-9 162[a]		Oral cancer ICD-9 140-149[a]	
	Men	Women	Men	Women
Canada[b]	69	37	5	2
Nfld.	89	28	5	—[c]
P.E.I.	75	52	6	1
N.S.	87	44	6	2
N.B.	89	32	4	—[c]
Que.	95	41	6	1
Ont.	58	33	4	2
Man.	59	34	5	2
Sask.	55	35	3	1
Alta.	57	37	4	2
B.C.	56	37	4	2

[a] ICD-9 refers to the 9th revision of the International Classification of Diseases.

[b] Estimates are adjusted to eliminate the influence of variation in population composition between provinces. Rates are adjusted to the age distribution of the 1991 Canadian population. Canada totals include provincial and territorial estimates.

[c] Numbers are too small to report.

Source: Canadian Cancer Statistics 2001. Toronto: National Cancer Institute of Canada; 2001. <www.cancer.ca/stats/tables/tab6ehtm> [Cited: 14 June 2001]

Regionally, in 1995 lung cancer incidence and mortality rates in Northwest Territories were higher than those reported in the provinces. The disparity was particularly pronounced for women. There were also statistically significant variabilities in lung cancer incidence and mortality rates across provinces. Rates were particularly high for men in Quebec and for women in British Columbia.

[3] Lung Cancer in Canada—Cancer updates. Health Canada Cancer Bureau, June 1998

Lung cancer estimates for 2001

Because of the delay in the onset of lung cancer, the decrease in smoking prevalence that has occurred since the 1960s will be reflected in reduced lung cancer incidence and death rates in coming years. However, the increase in smoking prevalence among youth in the 1990s is a cause for concern, as this will eventually lead to increases in future lung cancer incidence and mortality rates.

Table 4 Estimated age-standardized incidence rates for lung and oral cancer, 2001[a]

	Rate per 100 000			
	Lung cancer ICD-9 162[b]		Oral cancer ICD-9 140-149[b]	
	Men	Women	Men	Women
Canada	77	47	13	5
Nfld.	53	26	21	4
P.E.I.	92	53	7	1
N.S.	86	55	12	5
N.B.	95	50	10	4
Que.	105	53	13	4
Ont.	68	44	13	6
Man.	75	47	16	6
Sask.	60	38	12	4
Alta.	64	44	11	5
B.C.	58	46	11	5

[a] Estimates are adjusted to eliminate the influence of variation in population composition between provinces. Rates are adjusted to the age distribution of the 1991 Canadian population. Canada totals include provincial and territorial estimates.

[b] ICD-9 refers to the 9th revision of the International Classification of Diseases.

Source: Canadian Cancer Statistics 2001. Toronto: National Cancer Institute of Canada; 2001. <www.cancer.ca/stats/tables/tab6ehtm> [Cited: 14 June 2001]

Cardiovascular disease

While cardiovascular diseases are the leading cause of death in Canada, collecting data on risk factors such as smoking has not been integrated into the major databases such as the Discharge Abstract Database produced by the Canadian Institute for Health Information. Therefore, at this time, it is not possible to conduct an analysis by smoking status. Data on incidence of and death from heart diseases can be estimated.

Other health problems

Of health problems reported among those 15 years and older, regular smokers are most likely to report emphysema and stomach ulcers, while former smokers are most likely to report hypertension, heart trouble, and diabetes.

Lung cancer

Cigarette smoking is the predominant cause of lung cancer, accounting for at least 80% of all new cases in women and 90% of those in men. The risk of lung cancer rises sharply as the number of cigarettes smoked daily increases and rises even more sharply with the length of time as a smoker.[1]

In 1991, of all smoking-related deaths, lung cancer accounted for 31% of deaths among men and 26% of deaths among women. By 1998, an estimated 17,100 deaths due to lung cancer occurred in Canada, and there were an estimated 20,400 new cases of lung cancer diagnosed.

Lung cancer incidence and mortality rates among women have been historically much lower than among men, although both of these rates have been increasing among women over the past two decades while incidence rates for men started to decline by the mid-80s.

Table 3 Estimated age-standardized mortality rates for lung and oral cancer, 2001

Rate per 100 000

	Lung cancer ICD-9 162[a]		Oral cancer ICD-9 140-149[a]	
	Men	Women	Men	Women
Canada[b]	69	37	5	2
Nfld.	89	28	5	—[c]
P.E.I.	75	52	6	1
N.S.	87	44	6	2
N.B.	89	32	4	—[c]
Que.	95	41	6	1
Ont.	58	33	4	2
Man.	59	34	5	2
Sask.	55	35	3	1
Alta.	57	37	4	2
B.C.	56	37	4	2

[a] ICD-9 refers to the 9th revision of the International Classification of Diseases.

[b] Estimates are adjusted to eliminate the influence of variation in population composition between provinces. Rates are adjusted to the age distribution of the 1991 Canadian population. Canada totals include provincial and territorial estimates.

[c] Numbers are too small to report.

Source: Canadian Cancer Statistics 2001. Toronto: National Cancer Institute of Canada; 2001. <www.cancer.ca/stats/tables/tab6ehtm> [Cited: 14 June 2001]

Regionally, in 1995 lung cancer incidence and mortality rates in Northwest Territories were higher than those reported in the provinces. The disparity was particularly pronounced for women. There were also statistically significant variabilities in lung cancer incidence and mortality rates across provinces. Rates were particularly high for men in Quebec and for women in British Columbia.

[3] Lung Cancer in Canada—Cancer updates, Health Canada Cancer Bureau, June 1998

Lung cancer estimates for 2001

Because of the delay in the onset of lung cancer, the decrease in smoking prevalence that has occurred since the 1960s will be reflected in reduced lung cancer incidence and death rates in coming years. However, the increase in smoking prevalence among youth in the 1990s is a cause for concern, as this will eventually lead to increases in future lung cancer incidence and mortality rates.

Table 4 Estimated age-standardized incidence rates for lung and oral cancer, 2001[a]

Rate per 100 000

	Lung cancer ICD-9 162[b]		Oral cancer ICD-9 140-149[b]	
	Men	Women	Men	Women
Canada	77	47	13	5
Nfld.	53	26	21	4
P.E.I.	92	53	7	1
N.S.	86	55	12	5
N.B.	95	50	10	4
Que.	105	53	13	4
Ont.	68	44	13	6
Man.	75	47	16	6
Sask.	60	38	12	4
Alta.	64	44	11	5
B.C.	58	46	11	5

[a] Estimates are adjusted to eliminate the influence of variation in population composition between provinces. Rates are adjusted to the age distribution of the 1991 Canadian population. Canada totals include provincial and territorial estimates.

[b] ICD-9 refers to the 9th revision of the International Classification of Diseases.

Source: Canadian Cancer Statistics 2001. Toronto: National Cancer Institute of Canada; 2001. <www.cancer.ca/stats/tables/tab6ehtm> [Cited: 14 June 2001]

Cardiovascular disease

While cardiovascular diseases are the leading cause of death in Canada, collecting data on risk factors such as smoking has not been integrated into the major databases such as the Discharge Abstract Database produced by the Canadian Institute for Health Information. Therefore, at this time, it is not possible to conduct an analysis by smoking status. Data on incidence of and death from heart diseases can be estimated.

Other health problems

Of health problems reported among those 15 years and older, regular smokers are most likely to report emphysema and stomach ulcers, while former smokers are most likely to report hypertension, heart trouble, and diabetes.

Table 5 Age-standardized mortality rates, all cardiovascular disease, Canada,[a] 1995

Rate per 100 000

	Ischemic heart disease		Stroke		Oral cardiovascular disease	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women
Canada	155	120	41	55	58	62
Nfld.	201	147	52	65	69	80
P.E.I.	181	141	57	45	74	69
N.S.	167	118	35	57	74	78
N.B.	151	110	45	53	83	82
Que.	163	125	39	49	59	59
Ont.	160	128	42	57	51	56
Man.	165	131	49	60	68	69
Sask.	148	99	39	52	72	68
Alta.	139	109	38	56	63	76
B.C.	128	94	42	57	55	64

[a] Estimates are adjusted to eliminate the influence of variation in population composition between provinces; Rates are adjusted to the age distribution of the 1991 Canadian population; Canada totals include territorial estimates.

Source: Statistics Canada, 1995. <www.statcan.ca/english/freepub/82-573-GIE/nphs.htm> [Cited 14 June 2001]

Table 6 Age-standardized mortality rates,[a] by selected cause, 1993–1997

Rate per 100 000

	1993	1994	1995	1996	1997
All causes	695	685	680	671	661
Men	902	886	881	864	848
Women	540	536	532	529	524
Diabetes	17	17	18	17	17
Men	19	20	21	21	21
Women	15	15	15	14	15
Heart disease	193	187	184	181	173
Men	259	250	246	241	232
Women	142	140	138	135	130
Respiratory disease	61	60	60	60	60
Men	89	88	87	86	86
Women	44	43	44	44	45
Cancer	52	51	49	50	48
Men	78	76	74	73	70
Women	32	32	32	34	33

[a] Estimates are adjusted to eliminate the influence of variation in population composition between provinces; includes territorial estimates.

Source: Statistics Canada, 1995. <www.statcan.ca/English/freepub/82-573-GIE/nphs.htm> [Cited 14 June 2001]

Data regarding severe asthma, severe pneumonia, bronchitis, or middle ear infections for both children and adults can be obtained from hospitalization records. However, although these conditions are known to be associated with smoking and second-hand smoke, these risk factors are not included in patients' charts. Therefore, it is not possible to conduct analyses of these conditions as they relate to tobacco use from the Discharge Abstract Database.

Table 7 Prevalence of selected health problems by type of smoker, aged 15 years and over, Canada,[a] 1991

	Overall	Regular smokers	Occasional smokers	Former smokers	Non-smokers
Any health problem	63	62	59	69	60
Hypertension	16	14	11	19	15
Heart disease	7	6	5	11	6
Diabetes	4	3	—	5	3
Asthma	6	6	4	6	6
Emphysema	8	12	6	9	6
Stomach ulcer	5	7	5	5	3

[a] Does not include Nunavut, Northwest Territories, and Yukon, owing to unavailability of smoking prevalence data for the territories in 1991.

Source: Statistics Canada, General Social Survey, Tabulation, 1991.

Tobacco industry statistics

Prevalence and consumption rates create only a partial picture of tobacco use and smoking patterns in Canada. A complete picture must include information about the activities of the tobacco industry. While the focus of this report is on the National Strategy and progress made over the last year, it is interesting to juxtapose this progress on the financial activity of the industry. The statistics presented here are the most current available. (Figures 8–11)

While cigarettes are the major cigarette product consumed, about 9% of Canadians who smoke (about 540,000) consume other tobacco products in addition to cigarettes. An additional 7%, or 425,000, use only non-cigarette tobacco products. Men consume 88% of all non-cigarette tobacco products. After cigarettes, cigars and cigarillos are the most commonly used form of tobacco. Pipe smoking has declined significantly over the past 10 years. Young males are the predominant users of smokeless tobacco.

Table 8 Canadian tobacco industry: Sales and tax revenues and profits (millions of dollars), 1988-1996

	Industry		Government income taxes		
	Operating revenue	Net profit	Federal	Provincial	Total
1988	4 189	415	48	20	68
1989	4 006	328	45	17	62
1990	4 210	250	91	37	128
1991	4 954	369	125	71	197
1992	5 527	364	126	59	186
1993	5 549	548	123	61	185
1994	5 530	535	190	94	285
1995	5 634	723	180	85	265
1996	5 776	934	220	106	327

Source: Statistics Canada, STC (61–219P).

Table 5 Age-standardized mortality rates, all cardiovascular disease, Canada,[1] 1995

Rate per 100 000

	Ischemic heart disease		Stroke		Oral cardiovascular disease	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women
Canada	155	120	41	55	58	62
Nfld.	201	147	52	65	69	80
P.E.I.	181	141	57	45	74	69
N.S.	167	118	35	57	74	78
N.B.	151	110	45	53	83	82
Que.	163	125	39	49	59	59
Ont.	160	128	42	57	51	56
Man.	165	131	49	60	68	69
Sask.	148	99	39	52	72	68
Alta.	139	109	38	56	63	76
B.C.	128	94	42	57	55	64

[1] Estimates are adjusted to eliminate the influence of variation in population composition between provinces; Rates are adjusted to the age distribution of the 1991 Canadian population; Canada totals include territorial estimates.

Source: Statistics Canada, 1995. <www.statcan.ca/english/freepub/82-573-GIE/nphs.htm> [Cited 14 June 2001]

Table 6 Age-standardized mortality rates,[1] by selected cause, 1993–1997

Rate per 100 000

	1993	1994	1995	1996	1997
All causes	695	685	680	671	661
Men	902	886	881	864	848
Women	540	536	532	529	524
Diabetes	17	17	18	17	17
Men	19	20	21	21	21
Women	15	15	15	14	15
Heart disease	193	187	184	181	173
Men	259	250	246	241	232
Women	142	140	138	135	130
Respiratory disease	61	60	60	60	60
Men	89	88	87	86	86
Women	44	43	44	44	45
Cancer	52	51	49	50	48
Men	78	76	74	73	70
Women	32	32	32	34	33

[1] Estimates are adjusted to eliminate the influence of variation in population composition between provinces; includes territorial estimates.

Source: Statistics Canada, 1995. <www.statcan.ca/English/freepub/82-573-GIE/nphs.htm> [Cited 14 June 2001]

Data regarding severe asthma, severe pneumonia, bronchitis, or middle ear infections for both children and adults can be obtained from hospitalization records. However, although these conditions are known to be associated with smoking and second-hand smoke, these risk factors are not included in patients' charts. Therefore, it is not possible to conduct analyses of these conditions as they relate to tobacco use from the Discharge Abstract Database.

Table 7 Prevalence of selected health problems by type of smoker, aged 15 years and over, Canada,[1] 1991

	Overall	Regular smokers	Occasional smokers	Former smokers	Non-smokers
Any health problem	63	62	59	69	60
Hypertension	16	14	11	19	15
Heart disease	7	6	5	11	6
Diabetes	4	3	—	5	3
Asthma	6	6	4	6	6
Emphysema	8	12	6	9	6
Stomach ulcer	5	7	5	5	3

[1] Does not include Nunavut, Northwest Territories, and Yukon, owing to unavailability of smoking prevalence data for the territories in 1991.

Source: Statistics Canada, General Social Survey, Tabulation, 1991.

Tobacco industry statistics

Prevalence and consumption rates create only a partial picture of tobacco use and smoking patterns in Canada. A complete picture must include information about the activities of the tobacco industry. While the focus of this report is on the National Strategy and progress made over the last year, it is interesting to juxtapose this progress on the financial activity of the industry. The statistics presented here are the most current available. (Figures 8–11)

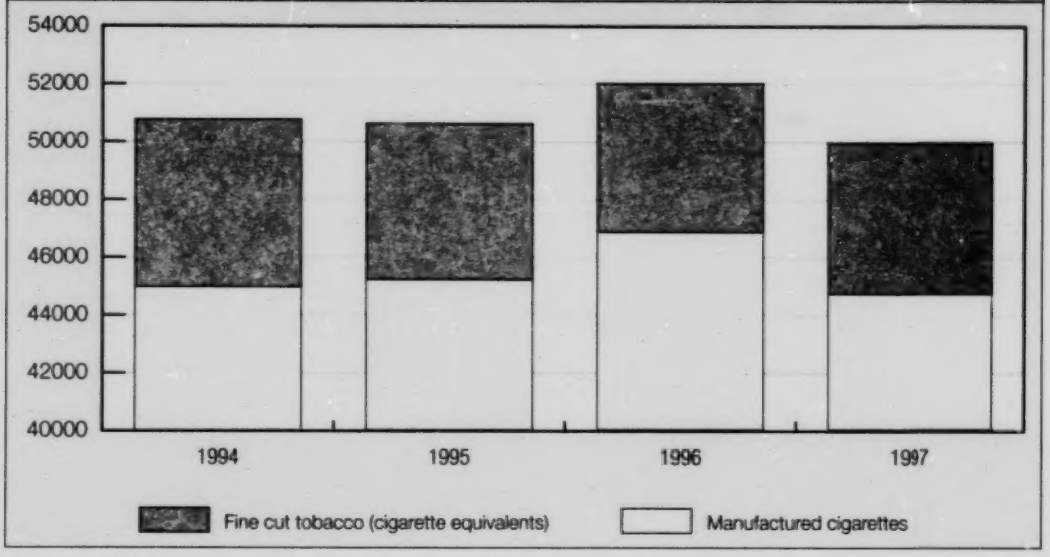
While cigarettes are the major cigarette product consumed, about 9% of Canadians who smoke (about 540,000) consume other tobacco products in addition to cigarettes. An additional 7%, or 425,000, use only non-cigarette tobacco products. Men consume 88% of all non-cigarette tobacco products. After cigarettes, cigars and cigarillos are the most commonly used form of tobacco. Pipe smoking has declined significantly over the past 10 years. Young males are the predominant users of smokeless tobacco.

Table 8 Canadian tobacco industry: Sales and tax revenues and profits (millions of dollars), 1988–1996

	Industry		Government income taxes		
	Operating revenue	Net profit	Federal	Provincial	Total
1988	4 189	415	48	20	68
1989	4 006	328	45	17	62
1990	4 210	250	91	37	128
1991	4 954	369	125	71	197
1992	5 527	364	126	59	186
1993	5 549	548	123	61	185
1994	5 530	535	190	94	285
1995	5 634	723	180	85	265
1996	5 776	934	220	106	327

Source: Statistics Canada, STC (61–219P).

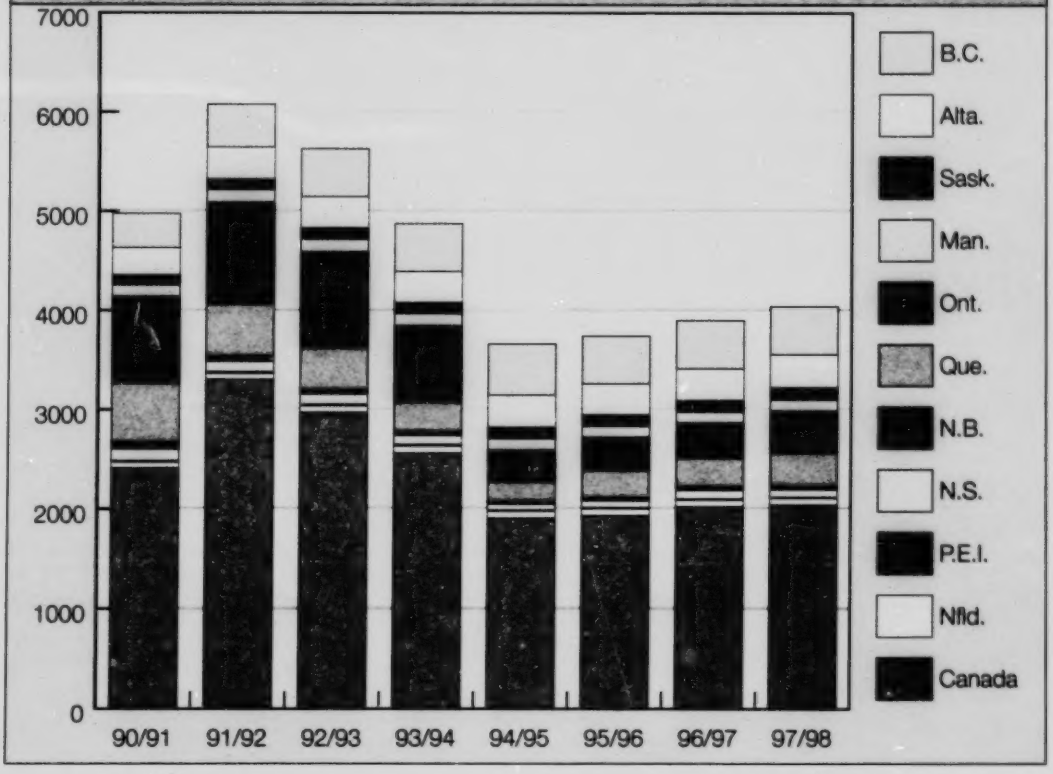
Figure 8 Sales of cigarettes and cigarette tobacco in Canada (millions of cigarettes or cigarette equivalents)*



* Industry statistics.

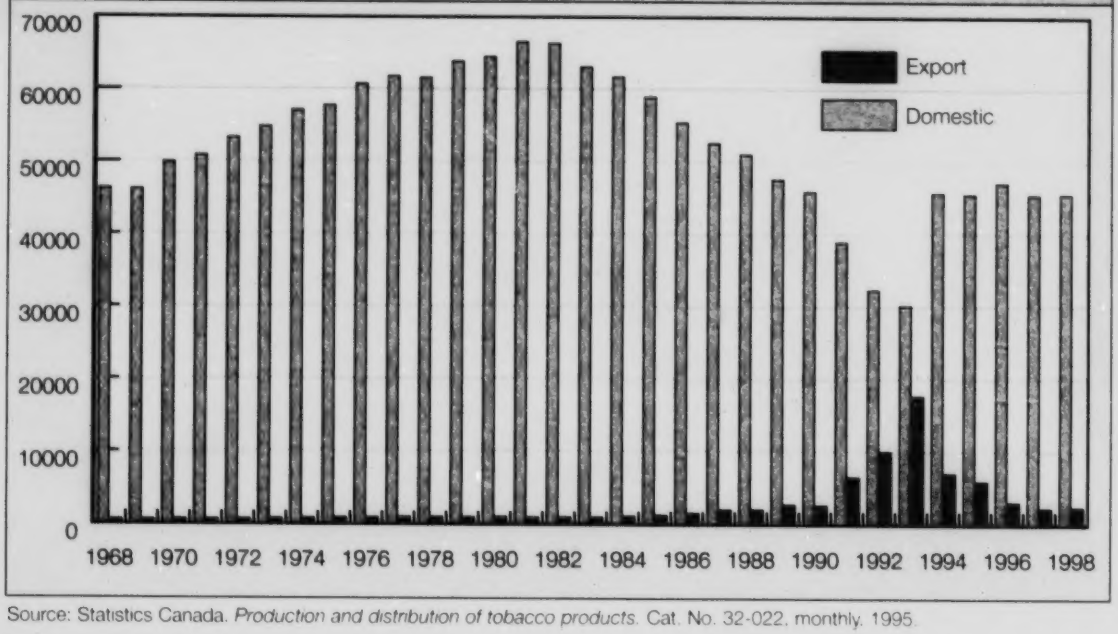
Source: Statistics Canada, *Canadian Corporate Taxation Statistics*, Cat. No. 61-219p, 1988-97.

Figure 9 Provincial and federal tax revenues from tobacco sales in Canada (millions of dollars)



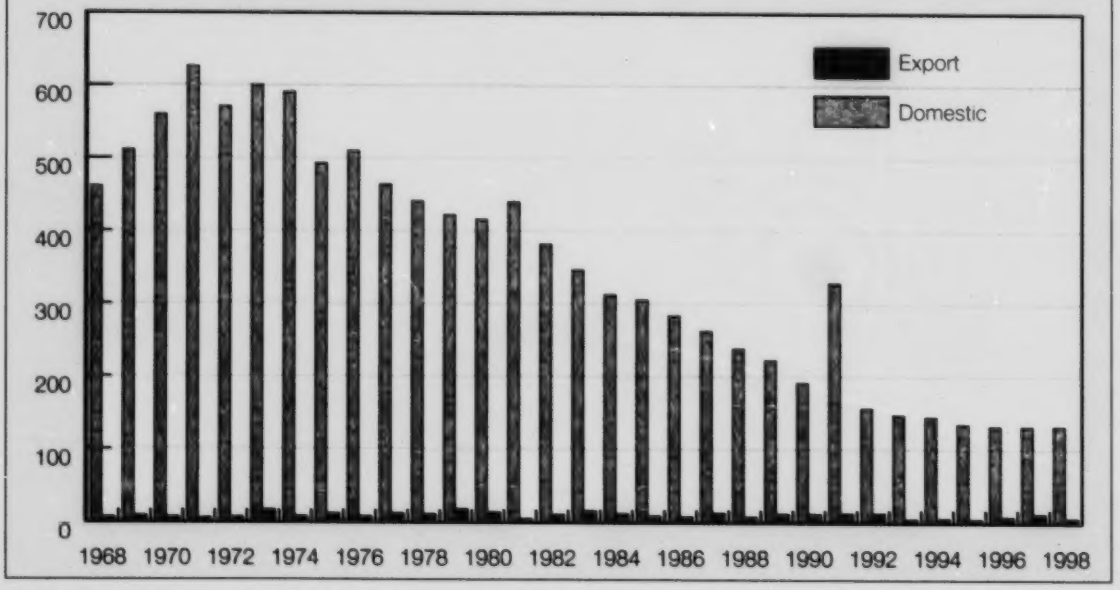
Source: Provincial revenue ministries.

Figure 10 Canadian tobacco industry: number of cigarettes sold (millions)



Source: Statistics Canada. *Production and distribution of tobacco products.* Cat. No. 32-022, monthly. 1995.

Figure 11 Canadian tobacco industry: number of cigars sold (millions)



Source: *Production and distribution of tobacco products.* Cat. No. 32-022, monthly. 1995.

Part Two: Moving Toward a Smoke-Free Society

Even though the deaths of 45,000 Canadians each year can be attributed to the use of tobacco products, the reality of a smoke-free society will be a challenge to achieve. Because the nicotine in tobacco is addictive, even when smokers are aware of the health hazards of tobacco use they have difficulty quitting. Since the adverse health consequences of smoking can take 20 to 30 years to develop, individuals, particularly teens and young adults, do not feel the gravity of the threat to their health. These are just a few aspects of the complexity and magnitude of ending the use of tobacco products.

The National Strategy recognizes that change must occur in small, but continuous and increasingly meaningful increments. Its four goals encourage governments, non-governmental organizations, individuals, and communities to break the problem down into identifiable and manageable segments. The four goals that have been identified to help achieve a smoke-free society are: Prevention, Cessation, Protection, and Denormalization.

Part One of this progress report presented a number of measures of progress in achieving those goals, as in statistics on the reduction in the number of Canadians who smoke, for example. Part Two concentrates on measuring key activities that contribute to reaching those goals.

Table 9 Provincial retailer compliance monitoring in Canada,[a] 2000

	Provincial reports[b]			ACNielsen report[c]		
	Administrative checks (N)	Compliance rate (%)	Enforcement checks (N)	Compliance rate (%)	Retailers surveyed (N)	Compliance rate (%)
Nfld.	381	82.3	168	93.0	197	87.8
P.E.I.	0	N/A	598	90.5	82	86.0
N.S.	1 005	60.4	18	68.8	377	70.9
N.B.	1 389	84.8	286	94.6	218	72.7
Que.	4 530	64.8	1 839	76.5	1 177	47
Ont.	10 188[d]	76	N/A	N/A	877	83.7
Man.	0	N/A	1 291	87.7	338	78.9
Sask.	1 346	88.6	532	88.7	320	81.4
Alta.	2 831	76.8	339	86.0	760	67.3
B.C.	10 847	90.9	3 420	91.5	678	75.3

[a] Numbers for Nunavut, Northwest Territories, and Yukon are not included because they are too low for statistical purposes.

[b] Source: Federal/provincial reports to the Tobacco Control Programme, Health Canada.

[c] Source: Report of Findings: 2000—Final, Measurement of Retailer Compliance with Respect to the Tobacco Act and Provincial Tobacco Sales-to-Minors Legislation, December 2000, ACNielsen.

[d] Includes number of enforcement checks.

Prevention

The goal is to prevent tobacco use among young people. Restricting sales of tobacco products to minors is a key activity used to achieve this goal. To this end, Health Canada works with its provincial partners to enforce retailer compliance with Canadian tobacco sales-to-minors legislation.

As part of their enforcement activities, provincial inspectors visit retailers to verify and enforce compliance. Two types of inspections are performed, Administrative Checks and Enforcement Checks. In an Administrative Check, a young person under the direct supervision of a tobacco enforcement officer attempts to purchase tobacco products. The same process is repeated in an Enforcement Check to assess a retailer's compliance after having received a warning.

In addition to the compliance information submitted to Health Canada by the provinces, Health Canada has obtained retailer compliance information every year since 1995 through surveys conducted by AC Nielsen. The 2000 survey, which questioned 5,024 retailers nationally, found a national compliance rate of 70%. When viewed province by province, the variation in compliance rates ranged from 47% in Quebec to 88% in Newfoundland.

Health Canada and its provincial partners use the findings of these surveys to design more effective information, education, and awareness programs to ensure retailer compliance. While neither measure provides a true picture of retailer compliance, as data is complied year after year, patterns will emerge and each province will be able to track its success in enforcing compliance with its sales-to-minors legislation and to take appropriate action where needed.

Cessation

The goal is to persuade and help smokers to stop using tobacco products. To design effective cessation programs, we need to understand the process of quitting, what motivated successful quitters, and what reasons would compel smokers to quit. Analysis of the type of information presented in Tables 10 and 11 will help in planning material to convince smokers to quit.

Table 10 Percent of long-term Canadian[a] quitters 15 years and older, by reason for quitting smoking, 2000

	Overall	Male	Female
Concern future health	35	38	32
Current health problem	12	12	11
Change lifestyle	14	14	15
Cost	8	8[b]	8[b]
Pregnancy	8	3[b]	14
Smoking-related illness	4[b]	4[b]	4[b]
Concern for family health	8	8[b]	8[b]
Family/ friend pressure	4[b]	3[b]	5[b]
Advice from doctor	3[b]	4[b]	3[b]
Other	20	20	20

[a] Does not include Nunavut, Northwest Territories and Yukon estimates due to the unavailability of quitting smoking data for the territories for 2000.

[b] Moderate sampling variability, interpret with caution.

Source: Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey Annual, 2000.

Part Two: Moving Toward a Smoke-Free Society

Even though the deaths of 45,000 Canadians each year can be attributed to the use of tobacco products, the reality of a smoke-free society will be a challenge to achieve. Because the nicotine in tobacco is addictive, even when smokers are aware of the health hazards of tobacco use they have difficulty quitting. Since the adverse health consequences of smoking can take 20 to 30 years to develop, individuals, particularly teens and young adults, do not feel the gravity of the threat to their health. These are just a few aspects of the complexity and magnitude of ending the use of tobacco products.

The National Strategy recognizes that change must occur in small, but continuous and increasingly meaningful increments. Its four goals encourage governments, non-governmental organizations, individuals, and communities to break the problem down into identifiable and manageable segments. The four goals that have been identified to help achieve a smoke-free society are: Prevention, Cessation, Protection, and Denormalization.

Part One of this progress report presented a number of measures of progress in achieving those goals, as in statistics on the reduction in the number of Canadians who smoke, for example. Part Two concentrates on measuring key activities that contribute to reaching those goals.

Table 9 Provincial retailer compliance monitoring in Canada,[a] 2000

	Provincial reports[b]			ACNielsen report[c]		
	Administrative checks (N)	Compliance rate (%)	Enforcement checks (N)	Compliance rate (%)	Retailers surveyed (N)	Compliance rate (%)
Nfld.	381	82.3	168	93.0	197	87.8
P.E.I.	0	N/A	598	90.5	82	86.0
N.S.	1 005	60.4	18	68.8	377	70.9
N.B.	1 389	84.8	286	94.6	218	72.7
Que.	4 530	64.8	1 839	76.5	1 177	47
Ont.	10 188[d]	76	N/A	N/A	877	83.7
Man.	0	N/A	1 291	87.7	338	78.9
Sask.	1 346	88.6	532	88.7	320	81.4
Alta.	2 831	76.8	339	86.0	760	67.3
B.C.	10 847	90.9	3 420	91.5	678	75.3

[a] Numbers for Nunavut, Northwest Territories, and Yukon are not included because they are too low for statistical purposes.

[b] Source: Federal/provincial reports to the Tobacco Control Programme, Health Canada.

[c] Source: Report of Findings: 2000—Final, Measurement of Retailer Compliance with Respect to the Tobacco Act and Provincial Tobacco Sales-to-Minors Legislation, December 2000, ACNielsen.

[d] Includes number of enforcement checks.

Prevention

The goal is to prevent tobacco use among young people. Restricting sales of tobacco products to minors is a key activity used to achieve this goal. To this end, Health Canada works with its provincial partners to enforce retailer compliance with Canadian tobacco sales-to-minors legislation.

As part of their enforcement activities, provincial inspectors visit retailers to verify and enforce compliance. Two types of inspections are performed, Administrative Checks and Enforcement Checks. In an Administrative Check, a young person under the direct supervision of a tobacco enforcement officer attempts to purchase tobacco products. The same process is repeated in an Enforcement Check to assess a retailer's compliance after having received a warning.

In addition to the compliance information submitted to Health Canada by the provinces, Health Canada has obtained retailer compliance information every year since 1995 through surveys conducted by AC Nielsen. The 2000 survey, which questioned 5,024 retailers nationally, found a national compliance rate of 70%. When viewed province by province, the variation in compliance rates ranged from 47% in Quebec to 88% in Newfoundland.

Health Canada and its provincial partners use the findings of these surveys to design more effective information, education, and awareness programs to ensure retailer compliance. While neither measure provides a true picture of retailer compliance, as data is complied year after year, patterns will emerge and each province will be able to track its success in enforcing compliance with its sales-to-minors legislation and to take appropriate action where needed.

Cessation

The goal is to persuade and help smokers to stop using tobacco products. To design effective cessation programs, we need to understand the process of quitting, what motivated successful quitters, and what reasons would compel smokers to quit. Analysis of the type of information presented in Tables 10 and 11 will help in planning material to convince smokers to quit.

Table 10 Percent of long-term Canadian[a] quitters 15 years and older, by reason for quitting smoking, 2000

	Overall	Male	Female
Concern future health	35	38	32
Current health problem	12	12	11
Change lifestyle	14	14	15
Cost	8	8[b]	8[b]
Pregnancy	8	3[b]	14
Smoking-related illness	4[b]	4[b]	4[b]
Concern for family health	8	8[b]	8[b]
Family/ friend pressure	4[b]	3[b]	5[b]
Advice from doctor	3[b]	4[b]	3[b]
Other	20	20	20

[a] Does not include Nunavut, Northwest Territories and Yukon estimates due to the unavailability of quitting smoking data for the territories for 2000.

[b] Moderate sampling variability, interpret with caution.

Source: Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey Annual, 2000.

What motivated successful quitters

In 1999, according to the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, nearly 6.4 million Canadians were former smokers. Six million of these had not smoked for at least a year, while an additional 387,000 had quit smoking within the year that they were surveyed.

Health concerns played a prominent role in motivating people to quit smoking. When successful quitters were asked what prompted them to quit, the largest percentage, regardless of age or sex, cited concern about their future health. Another 10% of successful quitters cited current personal health problems as their reasons for quitting. An additional 10% cited lifestyle changes, which could also be related to a concern for better health.

Men and women were basically motivated by the same reasons. Only two notable male-female differences appeared in the 1999 survey. Not surprisingly, women were more likely to quit because of a pregnancy or the presence of a baby than men, although 2% of successful male quitters quit because of a partner's pregnancy or the presence of a baby in the household. Men were more likely (10%) than women (4%) to quit smoking because of the smoking-related illness or death of a friend or relative.

What it takes to quit

When current smokers were asked, "What would it take for you to quit smoking?" the most frequently cited reason was "More willpower". This was true for current smokers of all ages, although more women (35%) mention it than men (27%). However, 20% of smokers said that they did not know what it would take to quit. This may indicate that they had not given much thought to quitting.

While 11% of smokers stated that illness would motivate them to quit, the same percentage stated that nothing would get them to quit. Older smokers, 45 and older, were more likely to say this than smokers aged 15 to 44. Only 3% of those surveyed stated that a program aide or cigarette alternative would motivate them to quit.

Table 11 What it would take to quit smoking: Opinions of Canadian[a] current smokers 15 years and older, 1999

	Overall (%)	Men	Women
More willpower	30.7	26.8	35.1
Don't know	20.3	23.0	17.3
Other	18.4	18.8	18.0
Illness	10.9	10.2 [b]	11.7 [b]
Nothing	10.8	12.3 [b]	9.1 [b]
Family death	6.3 [b]	6.4 [b]	6.2 [b]
Lifestyle change	5.4 [b]	5.7 [b]	5.2 [b]
Cost	3.2 [b]	4.3 [b]	— [c]
Program/ cigarette substitute	3.0 [b]	— [c]	— [c]
Family or friend pressure	2.9 [b]	— [c]	— [c]
Pregnant	2.1 [b]	— [c]	4.0 [b]
More restrictions	— [c]	— [c]	— [c]

[a] Does not include Nunavut, Northwest Territories, and Yukon estimates owing to the unavailability of quitting smoking data for the territories for 2000.

[b] Moderate sampling variability; interpret with caution.

[c] High sampling variability, data suppressed.

Source: Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 2000.

What motivated successful quitters

In 1999, according to the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, nearly 6.4 million Canadians were former smokers. Six million of these had not smoked for at least a year, while an additional 387,000 had quit smoking within the year that they were surveyed.

Health concerns played a prominent role in motivating people to quit smoking. When successful quitters were asked what prompted them to quit, the largest percentage, regardless of age or sex, cited concern about their future health. Another 10% of successful quitters cited current personal health problems as their reasons for quitting. An additional 10% cited lifestyle changes, which could also be related to a concern for better health.

Men and women were basically motivated by the same reasons. Only two notable male-female differences appeared in the 1999 survey. Not surprisingly, women were more likely to quit because of a pregnancy or the presence of a baby than men, although 2% of successful male quitters quit because of a partner's pregnancy or the presence of a baby in the household. Men were more likely (10%) than women (4%) to quit smoking because of the smoking-related illness or death of a friend or relative.

What it takes to quit

When current smokers were asked, "What would it take for you to quit smoking?" the most frequently cited reason was "More willpower". This was true for current smokers of all ages, although more women (35%) mention it than men (27%). However, 20% of smokers said that they did not know what it would take to quit. This may indicate that they had not given much thought to quitting.

While 11% of smokers stated that illness would motivate them to quit, the same percentage stated that nothing would get them to quit. Older smokers, 45 and older, were more likely to say this than smokers aged 15 to 44. Only 3% of those surveyed stated that a program aide or cigarette alternative would motivate them to quit.

Table 11 What it would take to quit smoking: Opinions of Canadian[a] current smokers 15 years and older, 1999

	Overall (%)	Men	Women
More willpower	30.7	26.8	35.1
Don't know	20.3	23.0	17.3
Other	18.4	18.8	18.0
Illness	10.9	10.2 [b]	11.7 [b]
Nothing	10.8	12.3 [b]	9.1 [b]
Family death	6.3 [b]	6.4 [b]	6.2 [b]
Lifestyle change	5.4 [b]	5.7 [b]	5.2 [b]
Cost	3.2 [b]	4.3 [b]	— [c]
Program/ cigarette substitute	3.0 [b]	— [c]	— [c]
Family or friend pressure	2.9 [b]	— [c]	— [c]
Pregnant	2.1 [b]	— [c]	4.0 [b]
More restrictions	— [c]	— [c]	— [c]

[a] Does not include Nunavut, Northwest Territories, and Yukon estimates owing to the unavailability of quitting smoking data for the territories for 2000.

[b] Moderate sampling variability; interpret with caution.

[c] High sampling variability, data suppressed.

Source: Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 2000.

Protection

The goal is to protect Canadians by eliminating exposure to second hand smoke.

In 1995, Health Canada commissioned a survey of schools, licensed daycares and daycare agencies, health care institutions, and commercial settings to determine what, if any, smoking policies existed. The survey included all provinces and both Yukon and Northwest Territories.

Both elementary and secondary schools were surveyed and almost all (97%) had smoking policies. Of these, 83% provided protection from second-hand smoke inside school buildings. However, only 66% of school policies completely banned smoking inside and outside on school property. While only a complete ban of tobacco use on school property effectively supports non-smoking as the norm, only 10% of schools that restrict smoking indicated that they intended to strengthen their existing policies.

Almost all licensed daycare centres surveyed (93%) had smoking policies. Half of these banned smoking both indoors and outdoors. The majority (79%) of smoking policies included enforcement procedures.

By comparison, just 62% of daycare agencies regulated smoking in the home daycares they licensed. Of those with smoking regulations, half permitted smoking indoors, one quarter did not specify any penalties for violations, and only 12% of agencies without policies were considering implementing a smoking policy. These differences in smoking policies between licensed daycare centres and daycare agencies supervising home daycares clearly demonstrate the impact of legislation and licensing requirements in protecting children in daycare settings from second-hand smoke.

The 1995 survey included telephone interviews with 100 large Canadian businesses. Large businesses were defined as those typically having over $100 million in annual sales. This part of the survey covered commercial areas where the public would most likely be at risk of exposure to second-hand smoke.

In 1995, the laws controlling smoking in public places specified weaker measures for restaurants and mall food courts than for other commercial settings. Almost 60% of bus terminals and about 35% of retail stores with smoking policies had restrictions to protect staff and customers from second-hand smoke, while no shopping malls and only about 15% of restaurants and hotels had similar policies. As more and more municipalities adopt smoke-free bylaws that include restaurants and indoor public spaces, this survey will need to be updated.

The last component of the 1995 survey covered 2,396 hospitals, extended and chronic care units, residential care facilities, rehabilitation centres, and psychiatric care facilities. Of those institutions that had smoking policies, only 3% consistently established non-smoking as the norm by totally banning smoking indoors and outdoors. Moreover, very little cessation support was provided to patients and residents who smoked.

Over the past five years a growing number of public places have been declared smoke-free. The results of this study are becoming outdated and more current information should be obtained to assess progress in protecting people from second-hand smoke.

Some provincial data on workplace smoking restrictions

According to the latest information from the Ontario Tobacco Research Unit, in Ontario 70% of the people who work outside their home reported that there was a complete ban on smoking at their workplace while the remaining population reported either a partial ban or no restrictions. According to recent estimates there are 1,265,609 smokers in Ontario workplaces. Workplace restrictions on smoking can be broken down by occupation sector:

- 85% of professional and managerial occupations reported a complete ban on smoking;
- 69% of clerical, sales, and service occupations reported a total ban; and
- 50% of trades and farming occupations reported a complete ban.

Denormalization

The goal is to make tobacco use socially unacceptable. This is done through educating Canadians about the marketing strategies and tactics of the tobacco industry and the health effects of tobacco use so that they will realize the hazardous, addictive nature of tobacco and will consider its use socially unacceptable.

Efforts in the United States, notably in California, Massachusetts, and Florida have demonstrated that comprehensive public health programs can bring about significant changes. Their success at denormalization of the tobacco industry has been encouraging. In Canada, British Columbia has taken a new, harder hitting approach. And, in January 1999, an Experts Round Table on the Denormalization of Tobacco and the Tobacco Industry provided input into the design of a new national advertising campaign. Data from the Wave 1, February-June 1999 Canadian Tobacco Use Monitoring Survey indicate that there already is a high level of public support for government sponsored anti-tobacco advertising, including advertising intended to raise awareness of tobacco industry practices.

Part Three: Progress in Strategic Directions

The National Strategy identified five strategic directions that provide the basis for planning, implementing, and evaluating collaborative action. They help identify the most appropriate types of interventions or actions for achieving prevention, cessation, protection, and denormalization goals. Most effective tobacco control interventions and actions address more than one goal. Establishing smoke free environments, for example, protects people from second-hand smoke (protection), but it also helps smokers who are trying to quit (cessation) and conveys to youth that non-smoking is socially acceptable behaviour (prevention). Because of these overlapping impacts, it is easier to group initiatives by strategic direction. The anecdotal material presented here is indicative of progress in the National Strategy's five strategic directions.

The five strategic directions are:

- Policy and Legislation;
- Public Education (Information, Mass Media, Programs, and Services);
- Industry Accountability and Product Control;
- Research, Evaluation, and Monitoring; and
- Building and Supporting Capacity for Action.

While the sheer number of initiatives taking place around the country is in itself an indication of progress, it is not possible to present statistical measures for individual initiatives. In most cases, the impact will not be measurable for some time nor is it possible to definitively link a change in statistics with an individual initiative. But more importantly, it is the aggregate impact of individual local control strategies that will eventually become statistically measurable.

The items described in this section provide a snapshot of what is happening in Canada in tobacco control and the selection of items will differ from year to year as the picture changes. These items were chosen because they highlight where progress has been made and because some preliminary outcomes can be shown. Space limitations do not permit presenting a comprehensive list.

Policy and Legislation

The intent of the Policy and Legislation Strategic Direction is to ensure coordination of tobacco policy across sectors and to ensure implementation of organizational policies and legislation across sectors that support reducing tobacco use.

The efforts highlighted this year that relate to policy and legislation include establishing smoke-free environments, implementing tax increases, developing policies and recommendations, and strengthening provincial tobacco control strategies.

Establishing smoke-free environments

Governments were first to institute smoke-free workplaces and, in fact, the Northwest Territories' Smoke-Free Workplace Policy predates the federal government's by 6 months. While governments at many levels continue to develop smoke-free policies, more and more private sector environments are following their example and protecting their employees from second-hand smoke.

In **British Columbia**, over 50% of municipalities, accounting for more than 90% of British Columbians, have smoke free bylaws. In addition, the *Occupational Health and Safety Regulation on Second-Hand Smoke*, effective April 1998, requires that all employers protect workers from exposure to second-hand smoke. Although initially exempted, hospitality, residential, and correctional facilities are required to protect employees from exposure to second-hand smoke as of September 2001.

Alberta's *Protection from Second-Hand Smoke in Public Buildings Act* came into effect in January 1999, providing workplace protection from second-hand smoke for approximately 20,000 Alberta public sector employees. To date, seven Alberta municipalities have passed smoke-free bylaws and many others are considering similar bylaws.

In 1997, **New Brunswick's** municipalities were given the authority to enact bylaws restricting second-hand smoke. The Smoke-Free Environments Task Force (established by the Canadian Cancer Society, New Brunswick Division and the Heart and Stroke Foundation of New Brunswick) has worked to encourage and support municipalities to enact smoke-free bylaws. After a few years of minimal progress, the Task Force asked the former Department of Health and Community Services to conduct public opinion polls in selected municipalities to demonstrate to their municipal councils the level of public support for smoke-free measures. The Task Force has used this information in presentations to municipal leaders and to mobilize local community action groups. Since 1997, seven municipalities have enacted bylaws restricting smoking in a variety of public places and a number of municipalities are in the process of doing so.

Cape Breton Regional Municipality in **Nova Scotia** recently passed a non-smoking bylaw requiring that all publicly accessed buildings be completely smoke free by 2003. As of May 1, 2001, all jails and correctional centres run by the Nova Scotia Department of Justice are smoke-free.

In **Newfoundland,** amendments have been made to the *Smoke-Free Environment Act* that will ban smoking in places frequented by children and in all restaurants by 2002. The *Newfoundland Tobacco Control Act* has been amended to ban the sale of tobacco in pharmacies.

Implementing tax increases

Higher prices are a recognized deterrent to tobacco use, therefore, the National Strategy places a priority on a long-term joint federal-provincial-territorial strategy for increasing taxation of tobacco products across Canada.

On April 5, 2001, the federal government announced a series of tobacco tax measures designed to support the government's health objectives. These included a tax increase of $4 per cigarette carton in **Ontario, Quebec, New Brunswick, Nova**

Scotia and **Prince Edward Island.** Also included was a new tobacco tax structure designed to reduce the incentive to smuggle Canadian-produced tobacco products back into Canada. Federal departments and agencies will receive an additional $55 million to monitor and assess the impact of these tax measures on tobacco smuggling.

In 2000, **Yukon** placed a bill before its legislature to increase tax on all tobacco products by 12%.

Developing policies and recommendations

The National Strategy encourages the alignment of polices across departments and ministries to maximize the effectiveness of policies in reducing tobacco use and in supporting initiatives.

In the North, **Yukon** is researching and developing a strategy for reducing tobacco use while **Northwest Territories** has made the development of a Territorial Tobacco Strategy an integral component of its two-year old Health Promotion Strategy. This Territorial Tobacco Strategy will reflect those areas of the National Strategy that are particularly pertinent to the Northwest Territories.

On December 9, 1999, **Saskatchewan's** Legislative Assembly established a Special Committee on Tobacco Control. In February 2001, the Committee tabled its final report with recommendations for prevention, cessation, protection, and denormalization interventions and activities.

Strengthening tobacco control strategies

Since 1999, **Ontario's** renewed Tobacco Strategy has benefited from an allocation of $10 million a year over and above the $9 million previously allocated.

Quebec increased its budget for tobacco control by an additional $10 million for fiscal year 2001-02. Previously, it had spent between $8 million and $10 million dollars annually. It has also allocated $3 million to control tobacco smuggling. As of October 2000, Quebec began providing public financing for Nicotine Replacement Therapy and for the use of the cessation support pharmaceutical, Zyban.

Alberta has funded the Alberta Tobacco Reduction Alliance, which implements the Alberta Tobacco Reduction Plan. Funding for the 2001-02 fiscal year increased to $2 million.

Public Education (Information, Mass Media, Programs, and Services)

The intent of this Strategic Direction is to make available and accessible information, services, and programs about tobacco and tobacco related issues, which address prevention, cessation, protection, and denormalization.

Efforts to inform Canadians about the hazards of tobacco use and other tobacco-related issues moved forward this year through the most diverse mediums, from personal face-to-face contact to the anonymity of the Internet. Many activities were directed specifically to the needs of young people.

From household to household

In **Northwest Territories,** there is a community where 75% of the homes are smoke-free and smokers smoke outside—even at -60°C. With support from the NWT/Nunavat Branch of the Canadian Public Health Association (CPHA), the Community Health Representative, and the nurse, leaders in this community promoted smoke-free homes and the CHR and nurse went from house to house educating and encouraging residents. The NWT/Nunavut Branch of the CPHA is following this model to promote smoke-free homes in other communities.

Via telephone

In March 2001, the Canadian Cancer Society completed a two-year pilot project funded by the **British Columbia** Ministry of Health. The QuitLine provided in-depth counselling, cessation planning, and callbacks. During a 13-month period, 384 calls were referred to the QuitLine resulting in 71 individuals enrolling in a QuitLine counselling program with 46 completing the initial one-hour planning session. The pilot project evaluation reported a cessation rate of just fewer than 30% with nearly half of QuitLine clients decreasing their consumption of cigarettes by up to 50%. In April 2001, British Columbia launched the expanded BC Smokers' Helpline, which was modeled after the Ontario Smokers' Helpline developed by the Canadian Cancer Society, Ontario Division. The BC Smokers' Helpline provides more immediate telephone cessation counselling and fields a higher number of calls than the pilot project did. Four staff members of the Canadian Cancer Society, British Columbia and Yukon Division deliver this funded service.

Through television advertising

The Heart and Stroke Foundation of **Ontario** ran a successful Mass Media (television) Campaign that generated, according to a post-campaign survey, dialogue on the effects of tobacco use and second-hand smoke in 31% of Ontario households—a rare occurrence for advertising. Seventy-eight percent of those surveyed recalled seeing the TV ads; 65% said that the ads made them think about second-hand smoke and the impact of smoking on loved ones; and 76% thought that the ads were credible. In addition, the target population showed a 9% positive shift in attitudes, especially regarding second-hand smoke.

In **Nova Scotia,** a successful television ad campaign on environmental smoke has raised awareness of the serious health effects of second-hand smoke.

On the Internet

Health Canada's Tobacco Control Programme launched an interactive self-diagnosis and self-help smoking cessation feature on its Web site. It offers information and support to Canadians who are trying to quit smoking. Individuals can find personalized information on how to overcome obstacles, build motivation, and gain skills on their journey to becoming smoke-free. A preliminary evaluation indicated that the site received 150,000 hits in one week of February 2001. It is currently the most frequently visited feature at www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/index.html.

The **Alberta** Tobacco Reduction Alliance developed an extensive inventory of information and resources for its Web site, www.tobaccotruth.com.

The **Nova Scotia** Tobacco Control Unit Web site, www.gov.nc.ca/quitnow offers helpful information on the health effects of smoking and second-hand smoke, and has a special youth section.

Reaching out to youth

British Columbia held a *Kids Against Tobacco Summit* – the first youth summit on tobacco of this magnitude in Canada – from February 22 to 24, 2001. Accompanied by 20 chaperones, 80 B.C. youths, including the province's Youth Tobacco Attack Team, met with representatives from **Nunavut, Newfoundland, Yukon,** and the federal Youth Advisory Committee on Tobacco. Participants returned to their communities with new skills, knowledge, and resources to initiate anti-tobacco activities. The summit was so successful that a second one is planned for March 2002.

BC Tobaccofacts, a comprehensive school-based tobacco education program, provides teachers with lesson plans and activities to incorporate information about tobacco into their curriculum. The subjects include tobacco science, tobacco industry marketing practices, and health effects of tobacco. Material for kindergarten through grade 7 has been distributed to all public, independent, and band schools. Material for grades 8 through 12 will be distributed by October 2001. In the 2000-2001 school year, 2,000 copies of the grades 4 and 5 resources were distributed and 28 regional orientation sessions were completed.

During the 1999-2000 school year, the **Prince Edward Island** Tobacco Reduction Alliance, which includes the province's Department of Health and Social Services, focused efforts on comprehensive school health. All school boards (which represents virtually all schools in the province) implemented policies establishing no-tobacco use on school grounds. As part of an effort to create supportive no-tobacco use environments, students were trained to lead prevention activities and to assist with cessation initiatives in their schools.

The University of Prince Edward Island School of Nursing in conjunction with the University of Waterloo conducted a survey in the province's high schools in May 1999 and in June 2000. The survey results are encouraging. Smoking levels dropped in grade 10 from 20% in 1999 to 19.4 % in 2000. The smoking levels for grade 11 students dropped from 25.5% to 23.4%. Rates increased slightly for grade 12 students from 27.6% in 1999 to 28.1% in 2000.

Industry Accountability and Product Control

The Industry Accountability and Product Control Strategic Direction is intended to regulate the manufacturing, marketing, and sale of tobacco products to reduce addiction and disease.

This first progress report highlights two new regulations, the impact of the new health warning and information messages printed on cigarette packs, and provincial activity related to the recovery of health care costs.

Regulations

As of June 26, 2000, two new regulations, the *Tobacco Products Information Regulations* and the *Tobacco Reporting Regulations*, require stronger tobacco labelling and reporting measures.

As a result of a constitutional challenge, British Columbia is working with **Health Canada** and the industry to implement a "standstill agreement" on the reporting requirements of the *Tobacco Testing and Disclosure Regulation*. Currently, while the industry is still required to report on ingredients, additives, and smoke constituents for the most popular cigarette brands sold in the province, the reporting requirements are being waived for loose tobacco and for cigarette brands with less than 1% market share in British Columbia. All reports received to date are posted on a Web site available to the public.

Health warnings

Since the new Health Warning and Information Messages and the **Health Canada** www.infotobacco.com Web site address began appearing on cigarette packages, there has been a remarkable increase in visitors to the Web site. Between August 2000 and February 2001, visits to Health Canada's tobacco control Web site increased from around 162,000 hits per month to over 700,000 hits per month.

Recovery of health care costs

In February 2000, **British Columbia's** *Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery Act* was struck down in a constitutional challenge by the tobacco industry. Subsequently, the British Columbia legislature amended the act and re-launched its lawsuit in January 2001.

In **Quebec** a Working Group is examining the feasibility of a government lawsuit against tobacco companies for recovery of health care costs.

In April 2001, the **Newfoundland** legislature introduced an *Act to Provide for the Recovery of Tobacco Related Health Care Costs*. A Select Committee received submissions between April 30 and May 8, 2001 and is preparing a report.

Research, Evaluation, and Monitoring

This Strategic Direction is intended to increase knowledge of tobacco and tobacco use, the tobacco industry, effective interventions for tobacco control, and health and socio-economic impacts of tobacco use.

While effective tobacco control requires work in all the five Strategic Directions, knowledge forms the foundation for planning interventions and activities in the other four, whether it is the result of research programs, pilot projects—a form of applied research, evaluation of already existing programs and services, or monitoring changes to assess progress.

Research

In **Alberta** a joint two-year research project is currently underway involving the Alberta Tobacco Reduction Alliance, the Alberta Cancer Board, and the Centre for Health Promotion Studies of the University of Alberta. Research on change in

youth tobacco use, specifically the change from nonsmoker to experimenter to regular smoker will provide benchmarks for a provincial youth monitoring system.

In **Nova Scotia,** Cancer Care Nova Scotia commissioned GPI Associates to produce a report on the "Costs of Tobacco Use in Nova Scotia".

Pilot projects

The Environmental Health Unit of **Manitoba's** Public Health Branch recently initiated a small pilot project in which a facilitator works with teenagers who want to quit smoking. The project is conducted in a high school and offers participants the information, support, and motivation that they need to quit smoking. Evaluation of this pilot project may lead to its expansion.

New Brunswick's Addiction Services does not have a formal mandate to provide services to individuals with nicotine addiction. However, the province's schools recognize that students who want to quit smoking need support. The Department of Health and Wellness funded a pilot project in which one region's Addiction Services prevention workers helped develop peer led prevention, education, and cessation programs in two middle schools. This regional effort has evolved into a provincial pilot project supported by a stakeholder Advisory Committee. Every Addiction Services region in the province will partner with a school to deliver an education and cessation program. The effectiveness of various models used in the provincial pilot will be evaluated by a research project that hopes to draw on various research funding opportunities.

Evaluation

As part of developing a tobacco reduction strategy, **Nunavut** is evaluating projects and initiatives that were undertaken in 2000.

The **Ontario** Tobacco Strategy dedicated 10% of its funding to evaluation. The Ontario Tobacco Research Unit (OTRU), an independent research agency funded by the Ministry of Health and Long-Term Care, coordinated the evaluation, producing a report on the renewed strategy's Year 1 projects. Through planning and implementing its coordinating function, OTRU has developed and refined strategies, mechanisms, and instruments for the timely and efficient monitoring and reporting of performance levels. A notable achievement of last year's $10 million renewed Tobacco Strategy is that funded projects substantially achieved all or most of their objectives by the end of their funding periods.

Monitoring

The 2000 Alberta Tobacco Reduction Alliance "Survey of Albertans Regarding Tobacco Use" showed an increase from 44% in 1998 to 62% in 2000, in the number of respondents who ban smoking in their homes. The number who reported smoking daily dropped from 30% to 24%. In 1998, 69% of respondents reported not smoking at all while in 2000, 75% reported not smoking. The number of Albertans surveyed who were aware of the health effects of tobacco use rose from 49% to 64%. The first survey was conducted in 1998.

A **Newfoundland** survey conducted between July and September 2000 showed strong support for smoke-free places. Eighty-one percent of adults support making

all workplaces smoke-free; 70% think that government should ensure that customers and staff are protected from second-hand smoke; and 96% of adults support limiting children's exposure to second-hand smoke.

Building and Supporting Capacity for Action

The Building and Supporting Capacity for Action Strategic Direction is intended to increase the ability of individuals, health intermediaries, and communities at the national, provincial, territorial and local levels to take action.

Collaboration, partnership, sharing—whatever form it takes, bringing people, communities, organizations, and governments together creates synergy, disseminates knowledge and skills, and results in time and cost savings. Adapting an already existing, and successful, program saves having to reinvent the wheel. Workshops, conferences, and training sessions not only convey information, they motivate and inspire people to take action. The items highlighted this year represent the broadest range of activities.

Northwest Territories has trained a cadre of 37 people to offer the Cancer Society's Fresh Start Program in their communities and a few cessation sessions have already been conducted. Major media campaigns encompassing press, TV, and radio included student-produced material. Through a contract with the Northwest Territories/Nunavat Branch of the Canadian Public Health Association, young people are producing relevant material and evaluating youth cessation programs. A program will be chosen and adapted.

Kick the Nic, a teen smoking cessation program launched in **British Columbia** in September 1999, supports teens committed to quitting. It helps them become tobacco-free, creates a positive learning experience, and gives them skills that they can use to make positive changes throughout their lives. British Columbia has trained approximately 50 Master Trainers who train facilitators. Among the almost 250 facilitators are prevention workers, teachers, public health nurses, and social workers who deliver the program in schools, alternate schools, and community and friendship centres. British Columbia has run Kick the Nic in about 75 communities since its launch and has distributed some 11,000 participant handbooks.

Newfoundland pilot-tested Kick the Nic in 12 schools with almost 100 teens completing the program. An evaluation was completed in May 2001 and the province has purchased resources for an additional 20 programs. **Northwest Territories** and **Saskatchewan** are negotiating with British Columbia to adapt the program for their use, and **Ontario** has pilot-tested Kick the Nic in three communities. Over 150 students in **Prince Edward Island** have completed the Kick the Nic program.

In **Alberta,** the *Municipal Government Act* allows municipalities to enact bylaws that restrict smoking. The Alberta Tobacco Reduction Alliance in cooperation with Action on Smoking and Health have supported and facilitated a media campaign, workshops, print and Web site resources, and advocacy activities. These have increased Albertans' awareness of the health effects of tobacco use. As a result, many Alberta communities have petitioned their local governments to enact no-smoking bylaws and a number of municipalities have done so.

Health Canada, and the ministries of health of **Saskatchewan** and **Manitoba** collaborated to present *The National Strategy and You Workshop,* which was attended by 60 people representing Saskatchewan and Manitoba provincial health departments, health authorities, and interest and advocacy groups. Participants identified priorities and follow-up activities for both provinces. In Saskatchewan, the Action for Tobacco Advocacy Workshops have given participants a detailed description of how to mobilize a community to influence government, regardless of the issue or level of government.

A **Health Canada** regional office sponsored a unique pilot project in **Saskatchewan** that led to the formation of a coalition of retailers, health districts, enforcement agencies, and school boards. The coalition developed a comprehensive program for retailer education and monitoring to prevent tobacco sales to young people in Moose Jaw.

The **Manitoba** Ministry of Health is developing a provincial tobacco control strategy that will largely mirror the federal strategy's goals of prevention, cessation, protection, and denormalization. NGOs and government have worked together to define provincial objectives. Confirmation of the provincial strategy is expected in 2001.

An independent evaluation by the **Ontario** Tobacco Research Unit (OTRU) concluded that, by the end of the first year, the groundwork was laid and the infrastructure was in place for an effective, multi-faceted tobacco-control program in Ontario. Local tobacco-free councils were involved in implementing the Quit Smoking 2000 contest that attracted 12,469 registrants. The contest was held in conjunction with a community education project, which helped develop resource materials, action kits, and information packs that helped communities build tobacco control capabilities and raise the profile of tobacco issues in their communities.

Teen Tobacco Team (T.T.T.) was formed in November in **Newfoundland** with 10 youth between the ages of 14 and 20 representing all parts of the province. The team meets three times a year and has participated in several anti-tobacco initiatives including developing and designing a Smoking Sucks media campaign, launching a Web site, and organizing a letter writing campaign.

In June 2000, a Best Practices Conference was held in **Nova Scotia** with representatives from the World Health Organization, the Atlanta Center for Disease Control, the Massachusetts Tobacco Control Program, and British Columbia. Over 25 key stakeholders attended and over the next few months they developed a Provincial Tobacco Strategy. The strategy encourages partnerships and focuses on taxation, legislation, youth smoking prevention, community-based programs, cessation, public awareness, monitoring, and evaluation.

The Prince Edward Island Tobacco Reduction Alliance (PETR), with combined community and government resources has designed and implemented an extensive cessation program that includes counselling and financial assistance for Nicotine Replacement Therapy (NRT). In the first five months of operation, over 600 Islanders requested cessation counselling and over 300 received NRT support. Collaboration and financial contributions have come from provincial and federal government, private corporations, as well as the PEI Pharmaceutical Association.

First Nations, Inuit and Métis

The revised National Strategy recognizes that there is no single effective approach suitable for all Canadians. Interventions and activities should address the specific needs of communities. Furthermore, lasting change is most likely to occur if those affected participate in planning it.

The 1997 First Nations and Inuit Regional Health Surveys reported smoking rates of 62% for First Nations and 72% for Inuit peoples. According to these surveys the average age for taking up smoking is also younger for these populations than for the general population. In addition to considering what may be higher risk factors, tobacco control efforts in these communities must also consider cultural factors such as the traditional use of tobacco in some aboriginal cultures. For these reasons, although it is not one of the five Strategic Directions, the National Strategy recognizes that separate strategies must be developed with local leadership using collaborative, community-based mechanisms. This year's progress report highlights the following activities.

Northwest Territories sponsored a unique research project on Dene Tobacco Extenders. When Dene go out to the bush for long periods of time they add local plants to their tobacco to extend their supply. Research was conducted in two stages to determine which plants are used and how they are processed. A toxicology analysis of both dried and fresh plants and the smoke they produce has been conducted and a report is being prepared. The research takes into consideration the cultural context that influences Dene youth's decision about tobacco use.

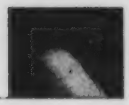
In the spring and summer of 2000, departmental staff from **Nunavut** met with regional staff and members of Pauktuutit, the National Inuit Women's Association, to discuss a tobacco control strategy. These meetings have given a sense of direction, at least for the immediate future, to how Nunavut will develop its Tobacco Reduction Program.

In January 2001, **British Columbia** launched "Honouring Our Health, an Aboriginal Tobacco Strategy for British Columbia". It is the first of its kind in Canada. It is a community-based strategy, an integral component of the provincial Tobacco Strategy, and aboriginal people designed it for aboriginal people. It was inaugurated with an Honour Your Health Challenge in which participants from aboriginal communities across British Columbia were encouraged to quit smoking, to reduce the number of cigarettes they smoked, or to make their homes smoke-free for one month. A celebration of their efforts was held in March 2001.

The Aboriginal Tobacco Strategy's strategic priorities include: 1) mobilizing aboriginal leadership, 2) joining the larger vision of cultural re-vitalization, 3) generating community enthusiasm and enlisting volunteers, 4) strengthening relationships with health authorities, 5) developing community capacity, 6) integrating with existing health and social initiatives, 7) blending best practices (mainstream interventions to reduce misuse of commercial tobacco) with best traditions (respecting traditional uses of tobacco in aboriginal communities), and 8) evaluating progress.

An Aboriginal Working Group made up of aboriginal representatives from across the province ensures that the Aboriginal Tobacco Strategy continues to be informed by and embraced by aboriginal communities.

Conclusion: Moving Forward



The data and information presented in this first progress report on the National Strategy to Reduce Tobacco Use demonstrate that over the past 35 years Canada has significantly reduced the percentage of the population that uses tobacco. However, because of the population growth over that same period of time, the absolute number of smokers has not declined significantly. While the 2000 data from Health Canada's Canadian Tobacco Use Monitoring Survey indicate that the percentage of smokers in the ten provinces has continued to edge downward, there are a number of areas of concern. The decline in smoking rates among women appears to have flattened with only a marginal downward shift since 1999. And prevalence rates among young Canadians continue to be of particular concern since the majority of new recruits to smoking come from among adolescents.

Prevalence rates among youth actually increased in the mid to late 1990s and only now are beginning to show slight decreases. We need greater insight into what motivates young people to start smoking and what measures may help deter them from taking up smoking. Obviously, they are a target group that requires an approach tailored to their needs, lifestyle, and stage of life. It is difficult enough for adults to acknowledge the reality of the adverse health consequences of smoking when their onset is often delayed by decades. It is that much more difficult for teenagers whose concerns are quite different from those of most adults and who often have difficulty visualizing their lives five years from now.

Currently, data on youth smoking is reported for two age groups: 15 to 19 year olds and 20 to 24 year olds. But we know that a certain number of children as young as 10 or 12 years old take up smoking. More information is required on the circumstances and motivation of very young smokers.

There are other serious data gaps. There are indications that prevalence rates among First Nations and Inuit are much higher than among the general population, but there is no regular data collection mechanism to track tobacco use among these peoples. As aboriginal communities address the non-traditional use of tobacco, their initiatives will need to be evaluated so that successful efforts can be effectively reinforced and enlarged. There is also a serious lack of data from Yukon, Northwest Territories, and Nunavut. A strategy must be developed to ensure routine data collection for the territories.

Current surveys are also not able to gather information on certain population groups such as individuals who are institutionalized and those who are homeless.

To improve the estimates of smoking-attributable morbidity and mortality rates, there is much work yet to be done in gathering information on the smoking status of people with certain health problems. And, while the health risks of tobacco use are well established, data collection has focused on certain conditions, particularly lung cancer. Other illnesses that are known to be associated with smoking or exposure to second-hand smoke, such as asthma and middle ear infections, require more refinement in data collection.

There have been several innovative data collection activities to date, but they should be repeated so that trends and patterns can be monitored. For example, the survey of schools, daycares, health care institutions, and commercial settings gave us a good picture of those organizations' smoking policies. However, the results are becoming outdated and more current information is required to monitor progress in eliminating exposure to second-hand smoke.

The federal, provincial, and territorial governments are already working to address some of the issues and data deficiencies addressed in this report. This past year Yukon, Northwest Territories, and Manitoba have taken steps toward developing or implementing tobacco control strategies. In April 2001, the Honourable Allan Rock announced a renewed federal strategy for tobacco control that includes $480 million in funding. Among the many initiatives for the coming year will be a specially designed "North of 60" tobacco use survey.

While progress toward the National Strategy's goals may be difficult to measure on a year-to-year basis, over time we expect that trends will become discernable. Annual progress reports that can track trends and pinpoint deficiencies in the knowledge we need to combat tobacco use will play a vital role in maintaining the momentum toward our shared goal of a society where as few Canadians as possible are addicted to tobacco products.

Appendix A:
Smoking Prevalence Statistics by Province

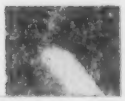


Table A-1 Prevalence of current smokers aged 15 years and older in British Columbia, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Men	29	31	28	21	22
Women	23	27	23	19	18
Age 15–24				25	23
Overall	26	29	25	20	20

Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

Table A-2 Prevalence of current smokers aged 15 years and older in Alberta, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Men	36	36	34	27	24
Women	32	33	26	25	21
Age 15–24				33	27
Overall	34	34	30	26	23

Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

Table A-3 Prevalence of current smokers aged 15 years and older in in Saskatchewan, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Men	35	29	35	27	29
Women	28	29	24	24	27
Age 15–24				32	30
Overall	31	29	30	26	28

Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

Table A-4 Prevalence of current smokers aged 15 years and older in Manitoba, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Men	35	25	36	27	29
Women	30	31	27	19	23
Age 15–24				31	31
Overall	32	28	31	23	26

Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

Table A-5 Prevalence of current smokers aged 15 years and older in Ontario, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Men	31	31	28	26	25
Women	29	28	27	21	21
Age 15–24				29	27
Overall	30	29	28	23	23

Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

Table A-6 Prevalence of current smokers aged 15 years and older in Quebec, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Men	42	33	37	32	28
Women	36	33	38	29	28
Age 15–24				38	34
Overall	38	33	38	30	28

Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

Table A-7 Prevalence of current smokers aged 15 years and older in New Brunswick, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Men	37	28	38	31	27
Women	31	26	32	23	26
Age 15–24				32	33
Overall	34	27	35	26	27

Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

Table A-8 Prevalence of current smokers aged 15 years and older in Nova Scotia, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Men	38	41	26	31	31
Women	33	30	33	27	29
Age 15–24				33	31
Overall	35	35	29	29	30

Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

Table A-9 Prevalence of current smokers aged 15 years and older in Prince Edward Island, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Men	33	36	49	28	29
Women	23	23	29	23	26
Age 15–24				33	34
Overall	27	29	39	26	28

Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

Table A-10 Prevalence of current smokers aged 15 years and older in Newfoundland, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Men	35	40	29	32	29
Women	30	29	25	25	26
Age 15–24				33	34
Overall	32	35	27	28	28

Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

Table A-11 Prevalence of smokers in the Northwest Territories

	1999
Men	42.4
Women	39.7
Age 15–24	40.3
Age 25–39	44.9
Age 40–59	39.9
Age 60+	30.7
Aboriginal	54.2
Non-Aboriginal	30.1
Overall	42

Source: Northwest Territories Ministry of Health and Social Services.

Table A-12 Prevalence of current smokers aged 15 and older in the Yukon, 1994

	1994
Men	43.6
Women	39.2
Age 15–24	42.3
Overall	41.5

Source: National Population Health Survey, 1994. Smoking data from the 1998 NPHS and the 2000 CCHS are not yet available.

La Stratégie nationale :

Aller vers l'avant

Rapport d'étape fédéral, provincial, territorial 2001 sur la lutte contre le tabagisme

Rédigé par le Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme du Comité consultatif sur la santé de la population.

Aucune modification permise. La reproduction non commerciale est autorisée.

Veuillez indiquer la source.

Ce document peut être fourni sur une disquette, en gros caractères, sur une cassette audio, ou en braille, ou sur demande, ou au site Web suivant : http://www.lutte-au-tabagisme.com

This publication is also available in English under the title:

Moving Forward: The 2001 Federal Provincial Territorial Progress Report on Tobacco Control

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada, 2001

Cat. H21-175/2001

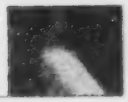
ISBN : 0-662-66028-5

La Stratégie nationale :

Aller vers l'avant

Rapport d'étape fédéral, provincial, territorial 2001 sur la lutte contre le tabagisme

Sommaire



En septembre 1998, la Conférence provinciale-territoriale des ministres de la Santé a demandé à la Conférence provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé d'établir une stratégie nationale de lutte contre le tabagisme. Sous la direction de la Conférence, le Comité directeur de la stratégie nationale de lutte contre le tabagisme au Canada a préparé, en collaboration avec le Comité consultatif sur la santé de la population, une stratégie intitulée *Nouvelles directions pour le contrôle du tabac au Canada - une stratégie nationale.*

La Stratégie nationale, publiée en 1999, fournit un cadre de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organismes non gouvernementaux pour réduire l'usage du tabac au Canada. Les ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé ont appuyé la stratégie et ont convenu que des approches soutenues globales, intégrées et de collaboration étaient nécessaires pour lutter contre le tabagisme. Puisque l'utilisation du tabac est la cause la plus importante de maladies évitables, d'invalidité et de décès prématuré au Canada, le résultat souhaité de la lutte contre le tabagisme consiste à réduire le nombre de cas de décès et de maladie attribuables au tabagisme et à l'exposition à la fumée des autres.

Le présent rapport, intitulé *La Stratégie nationale : aller vers l'avant,* est le premier rapport d'étape annuel qui présente les indicateurs servant à mesurer les progrès et établit les bases de référence pour suivre les progrès réalisés dans le sens des buts énoncés dans la Stratégie nationale, c'est-à-dire la prévention, l'abandon du tabac et la protection et la dénormalisation. Le premier rapport porte sur les progrès réalisés jusqu'en mai 2001 par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à l'appui de la Stratégie nationale et présente les données de 2000 qui sont disponibles. Il est à souhaiter que les rapports d'étape qui suivront incluront également les initiatives des organisations non gouvernementales.

Même s'il est difficile de mesurer le progrès d'année en année, le rapport d'étape annuel permet de suivre les tendances sur une période de temps et de dégager les lacunes dans les connaissances requises pour lutter contre l'usage du tabac. Le rapport indique les renseignements qui sont disponibles actuellement; fait état des données sur les tendances; établit dans la mesure du possible les données de référence pour les indicateurs qui n'ont pas été rapportés jusqu'à présent et indique les secteurs où les données ne sont pas disponibles actuellement.

La Stratégie nationale : aller vers l'avant présente des données sur la prévalence du tabagisme au Canada, sur la consommation des produits du tabac, sur l'industrie du tabac au Canada et sur des effets sélectionnés sur la santé de l'usage du tabac. Elle présente également des anecdotes sur diverses initiatives de lutte contre le tabagisme qui ont lieu à l'échelle du pays et qui témoignent du progrès réalisé relativement aux cinq orientations stratégiques de la Stratégie nationale.

Les données de l'an 2000 de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada indiquent que le pourcentage des fumeurs au Canada est descendu lentement pour passer de 30 % en 1990 à 24 %. Toutefois, les taux de prévalence

chez les jeunes Canadiens continuent d'être particulièrement préoccupants, puisque la majorité des nouvelles recrues de l'usage du tabac se situent parmi les adolescents. Les taux de tabagisme chez les femmes sont également un point de préoccupation puisque la diminution de la prévalence semble avoir atteint un plancher, se situant à seulement 0,2 % en 1999.

Le rapport relève également quelques lacunes importantes en matière de données. Il semble que les taux de tabagisme des groupes autochtones sont beaucoup plus élevés que ceux de la population en général, mais il n'existe aucun mécanisme de collecte de données qui permette de suivre périodiquement les taux de tabagisme dans les groupes autochtones. La pénurie de données est également importante au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans le Nunavut. Finalement, même si les risques pour la santé de l'usage du tabac sont bien établis, on met l'accent dans la collecte de données sur certaines affections, particulièrement le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires. Il est connu que d'autres maladies sont liées à l'usage du tabac, comme l'asthme et les infections de l'oreille moyenne et par conséquent, la collecte de données doit être raffinée.

Table des matières

Introduction **1**

Première partie : Suivre les indicateurs clés **3**
Sur les statistiques 3
Statistiques sur la prévalence *3*
Statistiques sur la consommation du tabac *4*
Statistiques sur les ventes de tabac *4*
Prévalence du tabagisme au Canada 4
Consommation de cigarettes 9
Effets de l'usage du tabac sur la santé 10
Mortalité attribuable au tabagisme *11*
Cancer du poumon *12*
Estimation du cancer du poumon pour 2001 . . . . . *13*
Maladies cardiovasculaires *14*
Autres problèmes de santé *14*
Statistiques de l'industrie du tabac 16

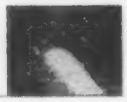
Deuxième partie : Vers une société sans fumée **19**
Prévention 20
Abandon du tabac 21
Ce qui a motivé les personnes qui ont réussi à arrêter *21*
Ce qu'il faut faire pour arrêter *22*
Protection 22
Des données provinciales sur les restrictions sur le tabagisme dans les lieux de travail *23*
Dénormalisation 24

Troisième partie : Progrès réalisés dans les orientations stratégiques **25**
Politique et législation 25
Établissement de milieux sans fumée *26*
Mise en application d'augmentations de taxe *27*
Élaboration de politiques et de recommandations *27*
Consolidation des stratégies de lutte contre le tabac *27*
Éducation du public (Information, médias, programmes et services) 28
Visite des ménages *28*
Publicité télévisée *28*
Dans Internet *29*
Extension des services aux jeunes *29*
Responsabilisation de l'industrie et contrôle des produits 30
Règlements *30*
Avertissements pour la santé *30*
Recouvrement des coûts des soins de santé *30*
Recherche, évaluation et surveillance 31
Recherche *31*
Projets pilotes *31*
Évaluation *32*
Surveillance *32*
Création et soutien des moyens d'action 32
Premières nations, Inuits et Métis 34

Conclusion : Aller vers l'avant **36**

Annexe A : Statistiques sur la prévalence du tabagisme par province **A-1**

Introduction



Le Canada est reconnu mondialement comme chef de file dans la lutte contre l'usage du tabac et dans la réglementation de la vente, de la mise en marché et de l'étiquetage des produits du tabac. À la suite d'un ensemble de lois, de campagnes d'éducation publique et de mesures en santé publique, le pourcentage des fumeurs dans la population canadienne est environ la moitié de ce qu'il était en 1965.

Cependant, le taux de diminution dans l'usage du tabac a ralenti avec le temps; il faut donc trouver la meilleure technique pour réduire davantage l'usage du tabac. En septembre 1998, la Conférence provinciale-territoriale des ministres de la Santé a demandé à la Conférence provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé d'établir une stratégie nationale de lutte contre le tabagisme. Sous la direction de la Conférence, le Comité directeur de la stratégie nationale de lutte contre le tabagisme au Canada a préparé, en collaboration avec le Comité consultatif sur la santé de la population, une stratégie intitulée *Nouvelles directions pour le contrôle du tabac au Canada - une stratégie nationale.*

La stratégie nationale, publiée en 1999, fournit un cadre d'action pour réduire l'usage du tabac au Canada. Les ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé ont appuyé la stratégie et ont convenu que des approches soutenues globales, intégrées et de collaboration étaient nécessaires pour lutter contre le tabagisme.

La Stratégie nationale révisée a retenu trois objectifs fondamentaux : la prévention—inciter les jeunes à ne pas commencer à fumer; l'abandon du tabac—aider les fumeurs à arrêter de fumer; et la protection—assurer un environnement libre de fumée. À ces trois buts s'ajoute la dénormalisation—changer les attitudes des Canadiens à l'égard des produits du tabac et de l'usage du tabac.

La Stratégie nationale repose sur un cadre de santé de la population qui touche une vaste gamme de déterminants connus du tabagisme. Le cadre de santé de la population englobe les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influencent les tendances en ce qui concerne le tabagisme, ainsi que les pratiques personnelles en matière de santé, les habiletés d'adaptation et l'accessibilité des services appropriés. Il est évident qu'un problème de cette complexité et de cette magnitude exige la mise en place de démarches à long terme, soutenues et complémentaires dans les domaines de la recherche, de la politique, de la législation et des programmes de promotion de la santé.

Bien que le message antitabac s'adresse à tous les Canadiens, les interventions visant le grand public doivent être équilibrées et adaptées aux besoins des groupes et des personnes qui sont aux prises avec des risques en particulier. Pour lutter contre l'usage du tabac de façon efficace et réduire la demande des produits du tabac, il faut des stratégies diversifiées visant notamment à effectuer de la recherche, élaborer des politiques et concevoir des programmes efficaces. Il importe également d'adopter une démarche coordonnée dans laquelle les responsabilités sont partagées entre tous les paliers de gouvernement et les organisations non gouvernementales. Ces dernières ont fait des contributions substantielles dans les divers aspects de la lutte contre le tabagisme au Canada et il est prévu que le prochain rapport d'étape sera enrichi de leur participation.

Bien que ce soit à l'extérieur de la portée du présent rapport, il convient de noter que le Canada se situe parmi les pays qui interviennent le plus pour lutter contre le tabagisme à l'échelle internationale et que de nombreuses organisations non gouvernementales ont participé, avec l'appui de Santé Canada, à des réunions de l'Organisation mondiale de la santé en vue d'établir une Convention-cadre internationale de lutte contre le tabagisme.

La Stratégie nationale doit s'accompagner d'une mesure des progrès réalisés. Compte tenu de la période de temps qui s'écoule entre la mise en œuvre d'une initiative et l'impact qu'elle peut avoir, il importe de déterminer des indicateurs clés et de les suivre périodiquement sur une longue période. Le présent rapport intitulé, *La Stratégie nationale : aller vers l'avant,* est le premier rapport d'étape annuel qui présente les indicateurs servant à mesurer les progrès réalisés et établit les bases de référence pour suivre ces progrès. Ce premier rapport porte sur les progrès réalisés jusqu'en mai 2001 par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à l'appui de la Stratégie nationale et présente les données de 2000 qui sont disponibles.

Même s'il est difficile de mesurer le progrès d'année en année, le rapport d'étape annuel permet de suivre les tendances sur une période de temps et de dégager les lacunes dans les connaissances requises pour lutter contre l'usage du tabac. Le rapport indique les renseignements qui sont disponibles actuellement; fait état des données sur les tendances; établit dans la mesure du possible les données de référence pour les indicateurs qui n'ont pas été rapportés jusqu'à présent et indique les secteurs où les données ne sont pas disponibles actuellement.

Ce rapport de référence présente l'information dans trois sections. La première partie présente des statistiques sur la prévalence du tabagisme au Canada, sur la consommation de produits du tabac, sur l'industrie du tabac au Canada et sur les effets indésirables sur la santé de l'usage du tabac. La deuxième partie porte sur les façons de mesurer le progrès réalisé dans le sens des quatre objectifs énoncés dans la stratégie. La troisième partie présente des anecdotes sur diverses initiatives de lutte contre le tabagisme qui sont en place dans tout le pays et qui témoignent du progrès réalisé dans le sens des cinq orientations stratégiques de la stratégie nationale. Même si faute d'espace, il n'est pas possible de présenter une liste complète des activités, le nombre et l'envergure des initiatives en place dans tout le pays constituent une indication du progrès réalisé dans la lutte contre le tabagisme et une indication de la détermination de tous les paliers de gouvernement à mettre la stratégie nationale de l'avant.

Première partie : Suivre les indicateurs clés

Le savoir est souvent l'agent de changement le plus puissant. Il n'est pas suffisant de se contenter de connaître la destination ou même l'itinéraire. Le voyageur averti remarque les points de repère et les étapes clés pour s'assurer de suivre l'itinéraire et d'atteindre la destination. Pour s'assurer que le Canada reste sur la bonne voie et continue de progresser vers une société sans fumée, il importe de suivre certains indicateurs clés sur une période de temps.

Le rapport d'étape annuel présenté aux ministres de la Santé suivra les changements relatifs à la prévalence du tabagisme au Canada (combien de Canadiens fument) et à la consommation de cigarettes (le nombre moyen de cigarettes fumées par des fumeurs quotidiens). Le rapport d'étape suivra également des effets néfastes pour la santé sélectionnés de l'usage du tabac. Pour compléter le profil statistique de l'usage du tabac, le rapport d'étape présentera des renseignements financiers et sur les ventes de l'industrie du tabac.

Sur les statistiques

Traditionnellement, l'usage du tabac a été mesuré de trois façons : la prévalence, la consommation et les ventes de tabac. Bien que chacune de ces mesures comporte ses points forts et ses points faibles, elles se complètent.

Statistiques sur la prévalence

Les données existantes au Canada sur la prévalence ont été recueillies au moyen de diverses enquêtes, sans continuité à long terme ni comparaison. Malheureusement, il n'y a pas eu d'enquête annuelle de grande envergure avant 1999. Le manque de continuité dans la collecte de ces données est illustré dans les Figures 2 et 3. Un petit nombre d'enquêtes qui ont été effectuées s'appuyaient sur des échantillons d'une taille suffisante pour permettre de dégager des taux de prévalence provinciaux significatifs sur le plan statistique. En outre, étant donné le temps qu'il a fallu pour garantir la qualité des données, il s'est écoulé en général une période de deux à trois ans entre la tenue de l'enquête et le moment où les données sont devenues disponibles. Un décalage de cette longueur risque de compliquer la planification des initiatives de lutte contre le tabagisme.

Pour corriger ces lacunes, Santé Canada a institué l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) en 1999. L'ESUTC est un outil de collecte de données qui fournit à Santé Canada et à ses partenaires des données à jour, fiables, comparables et continues sur l'usage du tabac au Canada. Statistique Canada, qui effectue l'ESUTC pour le compte de Santé Canada, présente des données semestrielles (vagues 1 et 2) et annuelles à l'échelle provinciale avec cumul national, en se servant d'un échantillon sur une année complète de 20 000 répondants. Environ la moitié des personnes étudiées ont entre 15 et 24 ans. Après six mois, le délai des données de l'ESUTC est beaucoup plus court que celui des enquêtes effectuées auparavant.

Toutefois, il reste une lacune statistique importante. La méthode de collecte de données la plus courante et la plus économique est l'enquête par téléphone. Puisque moins de ménages dans le Nord ont le téléphone, la collecte des données au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans le Nunavut coûtent plus cher. Pour cette raison, en général les territoires ne sont pas inclus dans les grandes

enquêtes, ce qui rend difficile l'obtention de données comparables sur l'usage du tabac pour le Nord.

Il convient également de se rappeler que les enquêtes actuelles ne permettent pas de recueillir des renseignements sur certains groupes de la population, par exemple, les personnes qui ont été placées en établissement ou incarcérées et celles qui sont sans-abri.

Lorsque l'on étudie les données historiques, il est important de se rappeler que jusqu'à récemment, il y avait peu de cohérence dans la façon dont les Canadiens étaient sondés quant à leur usage du tabac. En 1994, Santé Canada a tenu un atelier sur la formulation des questions concernant l'usage du tabac. Les recommandations de l'atelier ont été publiées dans la revue *Maladies chroniques au Canada* (été 1994, vol. 15, no 3) et elles ont servi de guide pour élaborer les enquêtes sur l'usage du tabac.

Pour toutes ces raisons, même si les données actuelles sur prévalence ne sont pas fiables sur une base annuelle, elles présentent tout de même un profil utile des grandes tendances dans une perspective de plusieurs années.

Statistiques sur la consommation du tabac

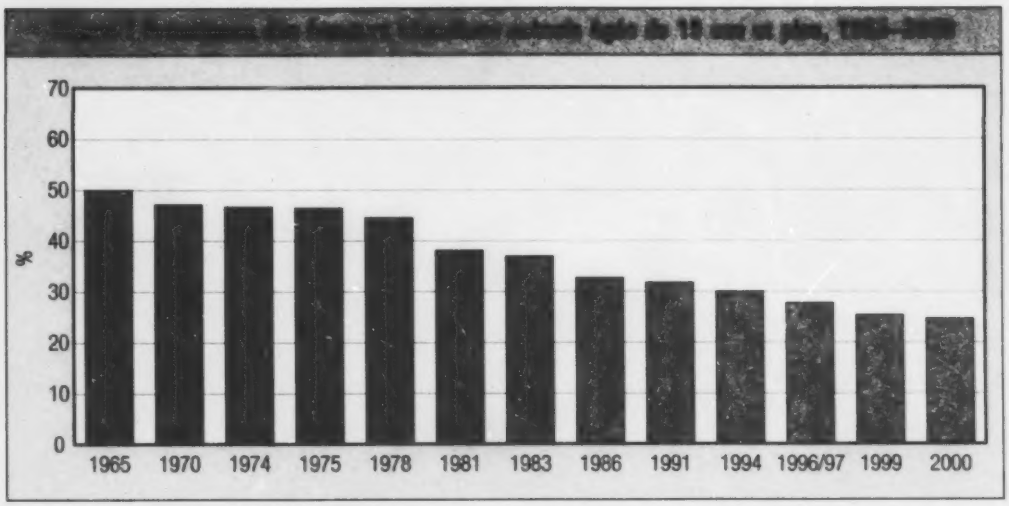
La collecte et l'analyse des données sur la consommation présentent un problème différent. Parfois la consommation est déterminée en établissant la moyenne du nombre de cigarettes fumées par tous les fumeurs quotidiens. Parfois les statistiques de la consommation sont déterminées en divisant le nombre de cigarettes vendues par le total de la population, ou par le total de fumeurs. Puisqu'il s'agit là de moyennes, les grands changements qui peuvent être constatés dans les données sur les ventes ne correspondent pas aux changements dans la consommation. De plus, l'ancienne méthode repose sur les déclarations personnelles et invariablement, les fumeurs sous-évaluent leur consommation. Par conséquent, ces nombres ont tendance à être inférieurs aux ventes de cigarettes rapportées pour la même période. La différence constatée entre les données sur la consommation déclarée par les personnes et les données sur les ventes ont atteint jusqu'à 30 %. Cependant, puisque ces sous-déclarations sont uniformes chez les femmes, chez les hommes et pour tous les groupes d'âge, on peut établir des comparaisons d'une année à l'autre avec un certain degré de fiabilité.

Statistiques sur les ventes de tabac

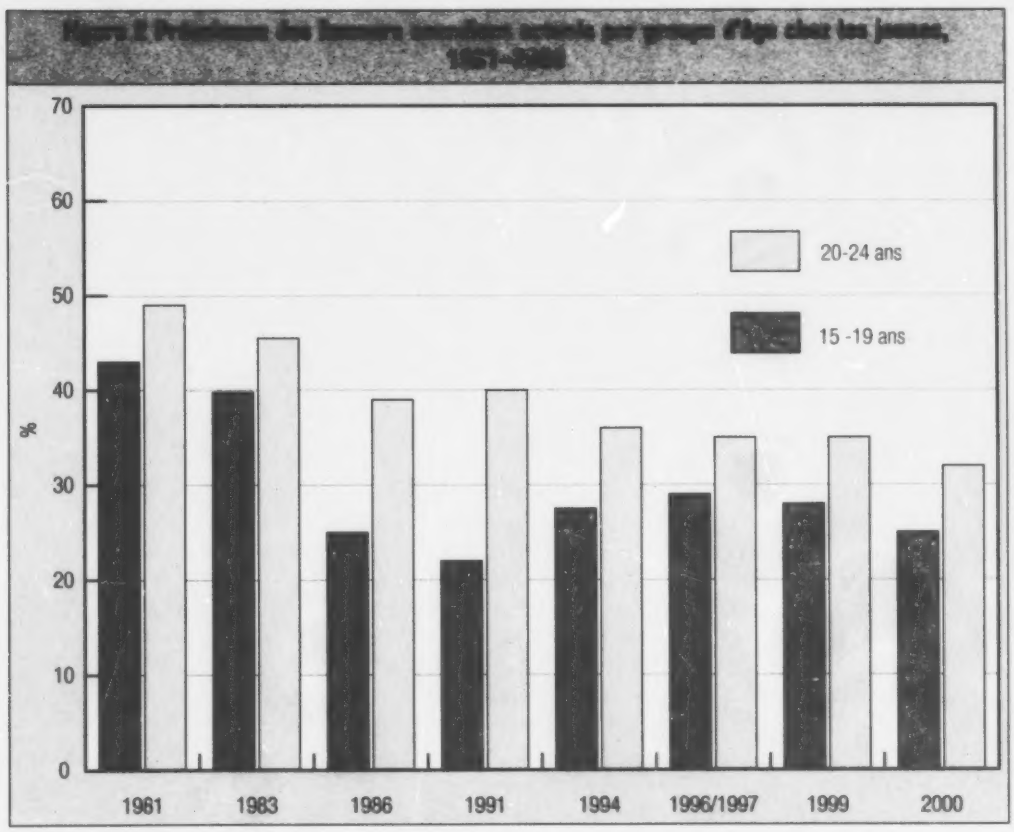
Les données sur les ventes rapportées ne sont pas des données sur les ventes au détail, mais plutôt des données sur les ventes du fabricant aux grossistes, pour lesquelles des droits et taxes ont été payés. Bien que ces données soient recueillies et rapportées mensuellement, elles ne représentent pas les ventes à la consommation à court terme. Néanmoins, à long terme (un an ou plus), ces données représentent bien le modèle de consommation.

Prévalence du tabagisme au Canada

D'après les résultats de l'ESUTC de 2000, les taux de prévalence du tabagisme au Canada ont atteint le niveau le plus bas enregistré depuis que la surveillance périodique a commencé en 1965. Un peu plus de 6 millions de Canadiens de 15 ans et plus étaient des fumeurs en 2000, ce qui représente une diminution du pourcentage des fumeurs de 50 % en 1965 à 24 % en 2000. (Figure 1)

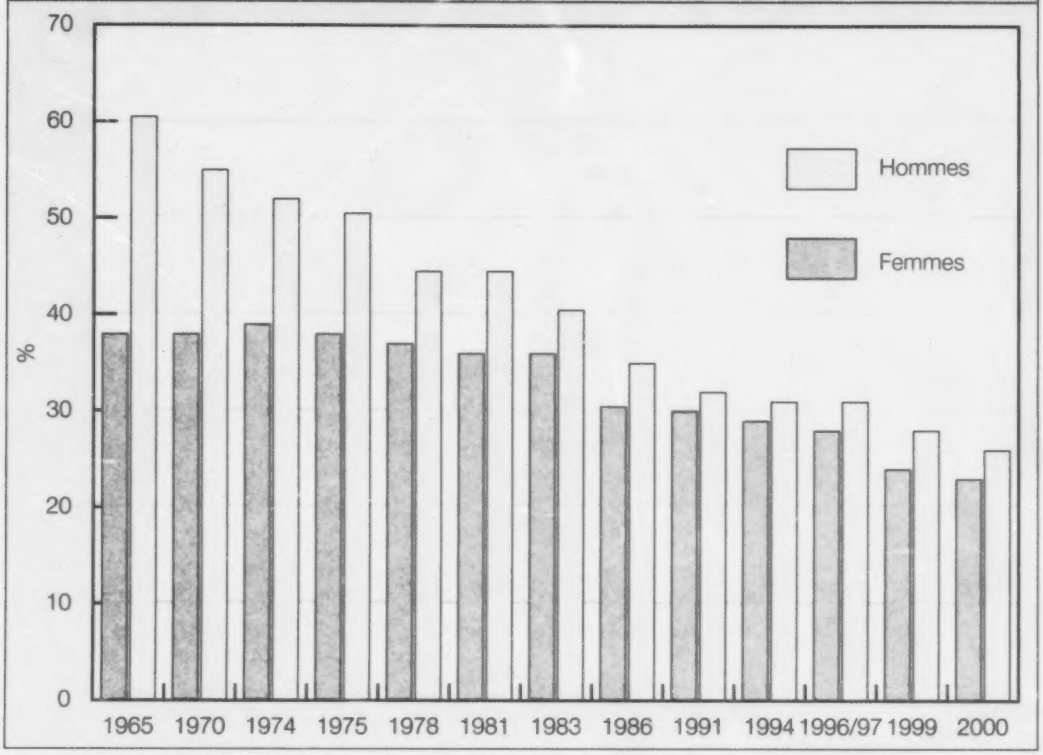


Sources : 1981-1986 Supplément de l'Enquête sur la population active; 1991, Enquête sociale générale; 1994, Enquête sur le tabagisme au Canada; 1996/97, Enquête nationale sur la santé de la population; 1999-2000, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle).



Sources : 1981-1986 Supplément de l'Enquête sur la population active; 1991, Enquête sociale générale; 1994, Enquête sur le tabagisme au Canada; 1996/97, Enquête nationale sur la santé de la poplation; 1999-2000, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle).

Figure 3 Prévalence des fumeurs canadiens actuels âgés de 15 ans et plus, par sexe, 1965–2000



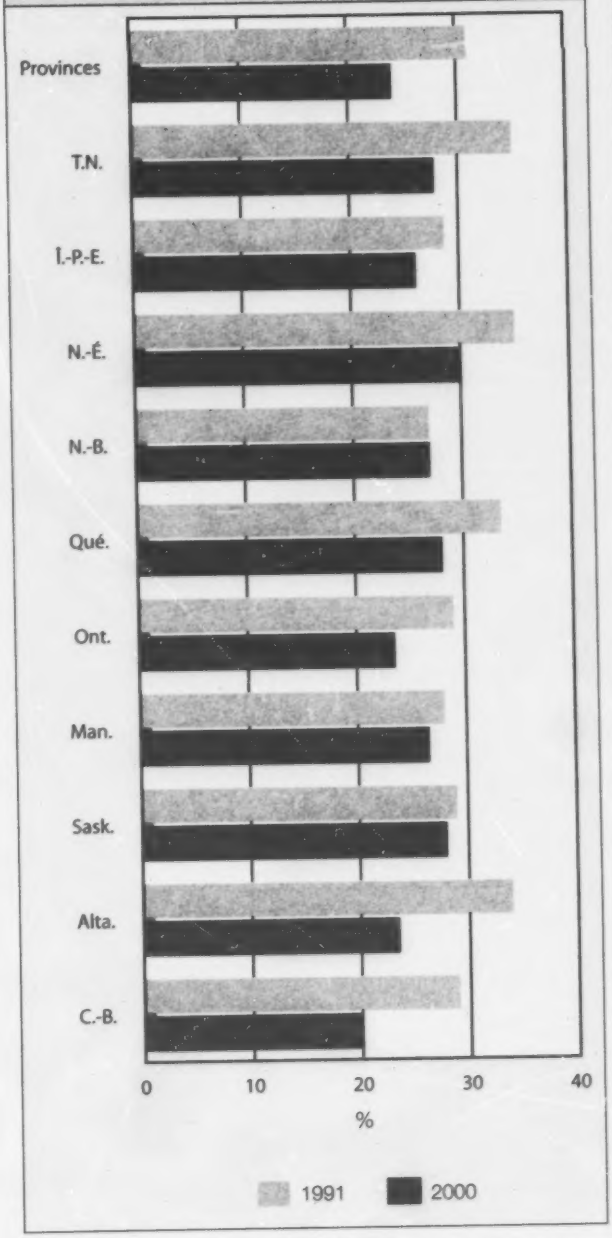
Sources: 1965-1975, 1981-1986 Supplement de l'Enquête sur la population active; 1978, Enquête santé Canada; 1991, Enquête sociale générale; 1994, Enquête sur le tabagisme au Canada; 1996/97, Enquête nationale sur la santé de la pupulation; 1999-2000, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle).

Vingt-trois pour cent des femmes et 26 % des hommes étaient des fumeurs. Puisque le taux de prévalence des hommes fumeurs a toujours été plus élevé, la diminution chez les hommes fumeurs a été plus grande que celle des fumeuses. En 1965, les hommes représentaient 61 % des fumeurs tandis que les femmes ne représentaient que 38 % des fumeurs. (Figure 3)

Bien que dans l'ensemble les taux de prévalence des fumeurs et les taux des hommes et des femmes aient diminué d'une façon régulière au cours des 35 dernières années, les taux chez les jeunes de 15 à 19 ans n'ont pas diminué de la même façon. Entre 1990 et 1994, les taux de prévalence des adolescents ont même augmenté. Toutefois, la tendance s'est renversée en 1994 et le taux a baissé en 2000 pour se situer à 25 % par rapport à 28 % en 1999. Parmi les adolescents, le taux était un peu plus élevé chez les filles, à 27 % que celui des garçons qui était de 23 % en 2000. Les résultats de l'enquête révèlent que plus de filles ont commencé à fumer à un âge inférieur à celui des garçons. Si l'on examine de plus près le groupe d'âge de 15 ans à 19 ans, 25 % des filles de 15 à 17 ans fumaient par rapport à seulement 19 % des garçons. Dans le groupe d'âge des 18 à 19 ans, le taux de prévalence atteint 31 % pour les deux sexes. (Figure 2)

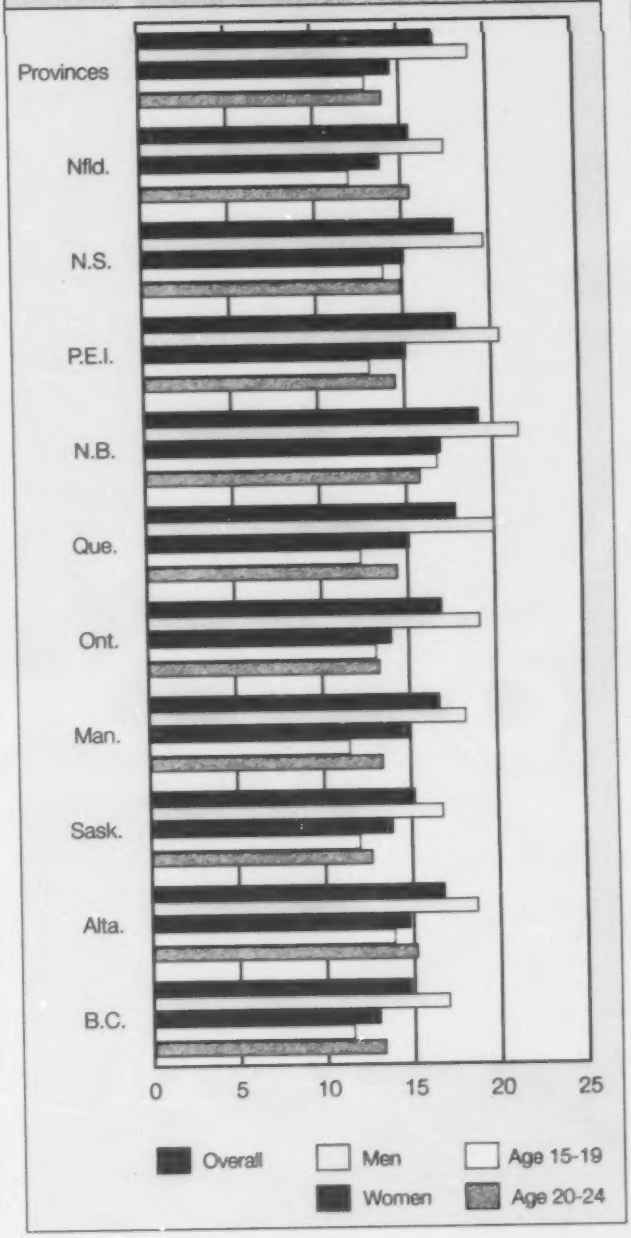
Le taux de prévalence dans le groupe d'âge des 20 à 24 ans a diminué pour passer de 35 % en 1999 à 32 % en 2000. Puisque le taux des femmes dans ce groupe d'âge est resté stable à 32 %, le changement est attribuable principalement au taux de tabagisme chez les hommes qui est passé de 40 % en 1999 à 33 % en 2000.

Figure 4 Prévalence des fumeurs canadiens actuels, par province, 1991 et 2000



Sources : Enquête sociale générale; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle).

Figure 5 Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs quotidiens canadiens âgés de 15 ans et plus, 2000

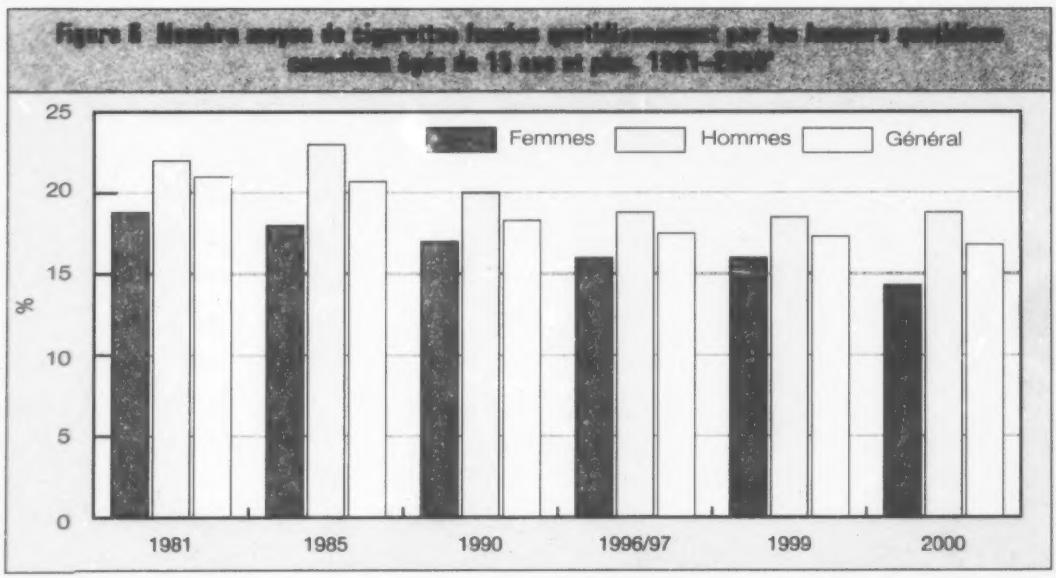


Source : Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2000.

Les taux de prévalence varient grandement entre les provinces, de 20 % en Colombie-Britannique à 30 % en Nouvelle-Écosse. Pour la première fois en dix ans, le Québec n'était pas au premier pour ce qui est de la prévalence globale du tabagisme. En fait, le tabagisme chez les adolescents a chuté de 36 % à 30 % au Québec, de 31 % à 24 % en Saskatchewan et de 28 % à 21,5 % à l'Île-du-Prince-Édouard. Parallèlement au Québec, c'est en Alberta et à Terre-Neuve qu'on a noté les plus importantes améliorations, en plus de remarquer une diminution dans la plupart des provinces (Figure 4). L'annexe A présente des tableaux plus détaillés de la prévalence du tabagisme par province.

Malheureusement, il existe peu de données sur l'utilisation du tabac par les peuples autochtones. Toutefois, l'Enquête auprès des peuples autochtones, qui a été faite dans les réserves seulement, et l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, nous ont appris que la prévalence du tabagisme est probablement deux fois plus élevée que pour le Canada. En 1997, la prévalence des fumeurs actuels chez les Premières nations et les Inuits était de 62 %. (Voir le tableau A-11 à l'annexe A pour plus de précisions sur la prévalence dans les Territoires du Nord-Ouest.)

Le Ministry of Health and Social Services des Territoires du Nord-Ouest a publié un rapport technique, *The Facts About Smoking in the Northwest Territories* qui est fondé sur les données de plusieurs enquêtes menées en 1996 et en 1999. Les conclusions du rapport confirment que les taux de prévalence dans les Territoires du Nord-Ouest sont très élevés—42 % de la population des 18 ans et plus fument et 27 % des 10 à 17 ans sont actuellement fumeurs. D'après le rapport, la prévalence de l'usage du tabac est plus élevée chez les peuples autochtones pour chacun des groupes d'âge. Dans le groupe d'âge des 25 à 34 ans, le taux d'usage du tabac des Autochtones (62 %) est plus que le double du taux des non-Autochtones (28 %).



Sources: 1981, Supplément de l'Enquête sur la population active; 1985 et 1990, Enquête promotion santé Canada; 1996-1997, Enquête nationale sur la santé de la population; 1999-2000, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle).

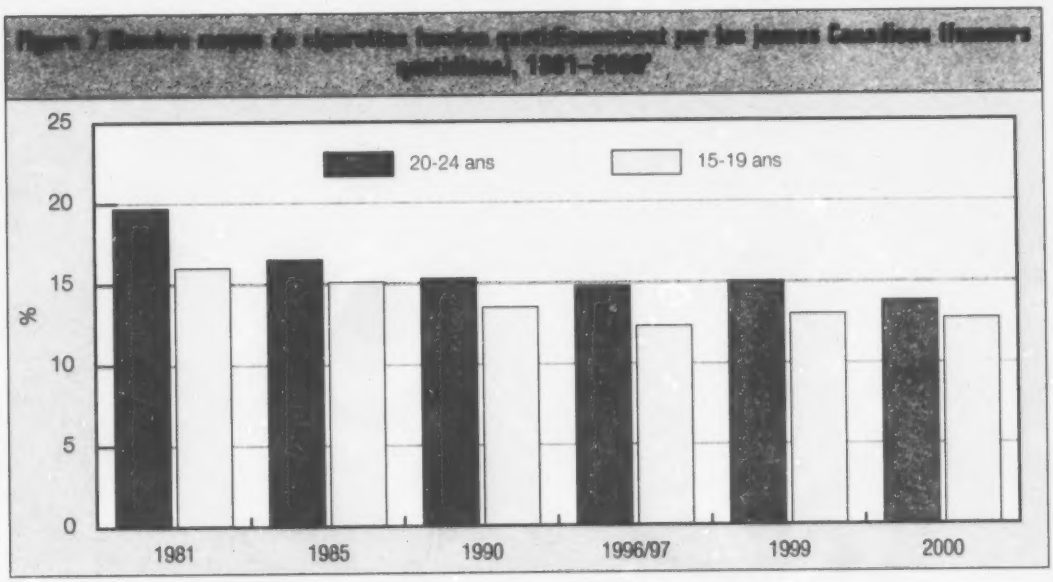
Consommation de cigarettes

D'après l'ESUTC 2000, environ 6 millions de personnes se sont déclarées fumeurs dans les 10 provinces. Des différences provinciales étaient attribuables, du moins partiellement, aux différences dans le prix des cigarettes, mais elles peuvent également être attribuables aux initiatives de lutte contre le tabagisme. La moyenne du niveau de consommation quotidien la plus basse a été constatée en Colombie-Britannique et la plus élevée, au Nouveau-Brunswick. Avec la Colombie-Britannique, le Québec et Terre-Neuve ont connu la plus grande diminution de la consommation en 2000. Le changement du niveau de consommation de cigarettes au Québec tient compte de la baisse de la consommation quotidienne de cigarettes des femmes de 18,2 en 1999 à 15,1 en 2000. (Figure 5)

Dans le groupe de 15 à 19 ans, les taux les plus bas se situent en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba. Les taux les plus élevés se situent au Nouveau-Brunswick où le nombre de cigarettes fumées par jour par les fumeurs âgés de 15 à 19 ans est passé de 14,6 en 1999 à 16,6 en 2000.

Les niveaux de consommation quotidienne ont diminué de façon régulière, autant pour les hommes que pour les femmes, au cours des vingt dernières années. La diminution est plus prononcée pour les hommes que pour les femmes, puisque traditionnellement, les hommes fumaient plus de cigarettes par jour que les femmes. Bien que les données d'ensemble pour 2000 indiquent une diminution depuis 1999, les hommes fument un peu plus de cigarettes par jour qu'en 1999. (Figure 6)

En 1999, les niveaux de consommation des jeunes Canadiens ont augmenté, particulièrement dans le groupe de 15 à 19 ans. Cependant, en 2000, il y a eu une diminution à la fois dans le groupe des 15 à 19 ans et dans le groupe des 20 à 24 ans. (Figure 7)



[a] Données provinciales seulement.

Sources : 1981, Supplément de l'Enquête sur la population active; 1985 et 1990, Enquête promotion santé Canada; 1996/97, Enquête nationale sur la santé de la population ; 1999-2000, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle).

Effets de l'usage du tabac sur la santé

Même si les méthodes actuelles de collecte de données se sont améliorées à la suite de la normalisation des définitions et des questions, il existe toujours des écarts dans les statistiques sur la santé relatives au tabac. Au niveau national, il est difficile de relier dans un même ensemble de données l'usage du tabac, les risques pour la santé et les effets sur la santé. Donc, pour l'instant, il nous est difficile de surveiller certaines des maladies connues résultant de l'usage du tabac et de l'impact du tabac sur les personnes, leurs familles et le système de santé, sur le plan économique ou autrement.

Tableau 1 Estimation de la mortalité attribuable au tabagisme chez les fumeurs actuels et les anciens fumeurs, selon la région et le sexe, au Canada,[a] 1991, 1994, et 1996

	1991[b]	1994[c]	1996[c]
Canada[a]	40 818	45 472	45 215
Hommes	27 646	29 991	29 229
Femmes	13 172	15 481	15 986
Atlantique	3 886	4 530	4 305
Hommes	2 761	3 059	2 865
Femmes	1 125	1 471	1 440
Québec	11 693	12 591	12 329
Hommes	8 094	8 580	8 254
Femmes	3 599	4 011	4 075
Ontario	14 295	15 931	15 642
Hommes	9 503	10 376	9 942
Femmes	4 792	5 555	5 700
Prairies	5 780	6 910	7 080
Hommes	3 912	4 566	4 560
Femmes	1 868	2 344	2 520
Colombie-Britannique	5 164	5 510	5 931
Hommes	3 376	3 410	3 680
Femmes	1 788	2 100	2 251

[a] Les estimations pour l'ensemble du Canada, n'incluent pas le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon parce qu'il n'existe pas de données sur la prévalence du tabagisme dans les territoires pour ces années-là.

Source : Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ. La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1991. RCSP, Volume 86, No. 4, juillet-août 1995.

Source : Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ. La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1994 et1996. CCID, Volume 20, No 3, 1999.

Pour améliorer les estimations des taux de morbidité et de mortalité attribuables à la cigarette, il reste beaucoup de travail à faire dans la collecte des renseignements sur les personnes ayant certains états de santé. Bien que les effets indésirables sur la santé et les risques pour la santé de l'usage du tabac sont bien établis, la collecte de données s'est articulée sur certains états de santé, notamment le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires. Il est connu que d'autres maladies sont associées au tabagisme ou à l'exposition à la fumée secondaire, notamment l'asthme, les infections de l'oreille moyenne et il importe de raffiner la collecte des données.

Puisque les différences dans le nombre de décès reliés au tabac et de maladies graves diagnostiquées peuvent être faibles d'une année à l'autre, les tendances à long terme présentent un grand intérêt. Une autre difficulté liée à l'analyse des statistiques sur la santé est le long délai qui s'écoule avant l'apparition de maladies liées au

Tableau 2 Nombre estimé de nouveaux cas et de décès du cancer du poumon et de la bouche en 2001[a]

	Cancer du poumon CIM-9 162[b]						Cancer de la bouche CIM-9 140-149[b]					
	Nouveaux cas			Décès			Nouveaux cas			Décès		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Canada	12 100	9 200	21 200	10 700	7 400	18 000	2 100	980	3 100	730	320	1 050
T.-N.	150	90		240	100		60	10		15	—[c]	
Î.-P.-É.	65	45		55	50		10	5		5	—[c]	
N.S.	440	340		430	290		65	35		30	15	
N.-B.	380	260		350	160		45	20		20	5	
Qué.	3 900	2 600		3 500	2 100		540	200		220	70	
Ont.	4 100	3 300		3 500	2 500		830	410		250	130	
Man.	450	330		350	250		100	50		30	20	
Sask.	350	260		320	250		75	30		15	10	
Alb.	840	690		740	600		160	80		50	25	
C.-B.	1 300	1 200		1 200	1 050		250	140		95	45	

[a] Taux rajustés. Le total des lignes et des colonnes ne correspond peut-être pas aux données individuelles à cause de l'arondissement.

[b] CIM-9 désigne la 9e révision de la Classification internationale des maladies.

[c] Moins de cinq cas.

Source : Statistiques canadiennes sur le cancer 2001. Toronto : Institut national du cancer du Canada; 2001. <www.cancer.ca/stats/tables/tab6ehtm> [Citation : 14 juin 2001]

tabagisme. L'incidence du cancer du poumon enregistrée aujourd'hui est le résultat de l'usage du tabac observé il y a entre 20 et 40 ans. De plus, au cours de cette période, les progrès considérables qui ont été réalisés dans la technologie médicale ont permis de réduire les taux de mortalité par rapport à ce qu'ils auraient été autrement.

Mortalité attribuable au tabagisme

Le tabagisme continue d'être la principale cause évitable de décès et de maladie au Canada, le nombre de décès se situant à environ 45 000 Canadiens chaque année. Il dépasse de loin la seconde principale cause évitable de décès – les accidents, qui étaient responsables de 8 600 décès en 1996.

En 1991, on estimait à 41 400 le nombre de décès attribuables au tabagisme au Canada, ce qui représentait 21 % de tous les décès cette année-là. Le taux de décès chez les hommes était plus du double de celui des femmes—27 900 par rapport à 13 500.

En 1996, le nombre de décès attribuables au tabagisme avait augmenté d'environ 8 % soit 3 800 décès, dont 64 % étaient des femmes. Au cours de cette période, le nombre de décès liés au tabagisme chez les hommes est resté relativement constant à environ 27 500. Toutefois, les décès liés au tabagisme chez les femmes ont augmenté à un taux plus rapide que les décès chez les hommes. En 1985,

[1] Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ. La mortalité attributable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1994 et1996. CCID, Volume 20, No 3, 1999.

[2] Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ, La mortalité attributable au tabagisme au Canada et dans ses regions, 1991, RCSP, Volume 86, No. 4, juillet-août 1995.Le cancer du poumon au Canada - Actualités sur le cancer. Santé Canada, juin 1998

Effets de l'usage du tabac sur la santé

Même si les méthodes actuelles de collecte de données se sont améliorées à la suite de la normalisation des définitions et des questions, il existe toujours des écarts dans les statistiques sur la santé relatives au tabac. Au niveau national, il est difficile de relier dans un même ensemble de données l'usage du tabac, les risques pour la santé et les effets sur la santé. Donc, pour l'instant, il nous est difficile de surveiller certaines des maladies connues résultant de l'usage du tabac et de l'impact du tabac sur les personnes, leurs familles et le système de santé, sur le plan économique ou autrement.

Tableau 1 Estimation de la mortalité attribuable au tabagisme chez les fumeurs actuels et les anciens fumeurs, selon la région et le sexe, au Canada,[a] 1991, 1994, et 1996

	1991[b]	1994[c]	1996[c]
Canada[a]	40 818	45 472	45 215
Hommes	27 646	29 991	29 229
Femmes	13 172	15 481	15 986
Atlantique	3 886	4 530	4 305
Hommes	2 761	3 059	2 865
Femmes	1 125	1 471	1 440
Québec	11 693	12 591	12 329
Hommes	8 094	8 580	8 254
Femmes	3 599	4 011	4 075
Ontario	14 295	15 931	15 642
Hommes	9 503	10 376	9 942
Femmes	4 792	5 555	5 700
Prairies	5 780	6 910	7 080
Hommes	3 912	4 566	4 560
Femmes	1 868	2 344	2 520
Colombie-Britannique	5 164	5 510	5 931
Hommes	3 376	3 410	3 680
Femmes	1 788	2 100	2 251

Les estimations pour l'ensemble du Canada, n'incluent pas le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon parce qu'il n'existe pas de données sur la prévalence du tabagisme dans les territoires pour ces années-là.

Source : Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ, La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1991, RCSP, Volume 86, No. 4, juillet-août 1995.

Source : Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ, La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1994 et1996, CCID, Volume 20, No 3, 1999.

Pour améliorer les estimations des taux de morbidité et de mortalité attribuables à la cigarette, il reste beaucoup de travail à faire dans la collecte des renseignements sur les personnes ayant certains états de santé. Bien que les effets indésirables sur la santé et les risques pour la santé de l'usage du tabac sont bien établis, la collecte de données s'est articulée sur certains états de santé, notamment le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires. Il est connu que d'autres maladies sont associées au tabagisme ou à l'exposition à la fumée secondaire, notamment l'asthme, les infections de l'oreille moyenne et il importe de raffiner la collecte des données.

Puisque les différences dans le nombre de décès reliés au tabac et de maladies graves diagnostiquées peuvent être faibles d'une année à l'autre, les tendances à long terme présentent un grand intérêt. Une autre difficulté liée à l'analyse des statistiques sur la santé est le long délai qui s'écoule avant l'apparition de maladies liées au

Tableau 2 Nombre estimé de nouveaux cas et de décès du cancer du poumon et de la bouche en 2001[a]

	Cancer du poumon CIM-9 162[b]						Cancer de la bouche CIM-9 140-149[b]					
	Nouveaux cas			Décès			Nouveaux cas			Décès		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Canada	12 100	9 200	21 200	10 700	7 400	18 000	2 100	980	3 100	730	320	1 050
T.-N.	150	90		240	100		60	10		15	—	
Î.-P.-É.	65	45		55	50		10	5		5	—	
N.S.	440	340		430	290		65	35		30	15	
N.-B.	380	260		350	160		45	20		20	5	
Qué.	3 900	2 600		3 500	2 100		540	200		220	70	
Ont.	4 100	3 300		3 500	2 500		830	410		250	130	
Man.	450	330		350	250		100	50		30	20	
Sask.	350	260		320	250		75	30		15	10	
Alb.	840	690		740	600		160	80		50	25	
C.-B.	1 300	1 200		1 200	1 050		250	140		95	45	

[a] Taux rajustés. Le total des lignes et des colonnes ne correspond peut-être pas aux données individuelles à cause de l'arondissement.

[b] CIM-9 désigne la 9e revision de la Classification internationale des maladies.

[c] Moins de cinq cas.

Source : Statistiques canadiennes sur le cancer 2001. Toronto : Institut national du cancer du Canada; 2001 <www.cancer.ca/stats/tables/tab6efrm> [Citation : 14 juin 2001]

tabagisme. L'incidence du cancer du poumon enregistrée aujourd'hui est le résultat de l'usage du tabac observé il y a entre 20 et 40 ans. De plus, au cours de cette période, les progrès considérables qui ont été réalisés dans la technologie médicale ont permis de réduire les taux de mortalité par rapport à ce qu'ils auraient été autrement.

Mortalité attribuable au tabagisme

Le tabagisme continue d'être la principale cause évitable de décès et de maladie au Canada, le nombre de décès se situant à environ 45 000 Canadiens chaque année. Il dépasse de loin la seconde principale cause évitable de décès – les accidents, qui étaient responsables de 8 600 décès en 1996.

En 1991, on estimait à 41 400 le nombre de décès attribuables au tabagisme au Canada, ce qui représentait 21 % de tous les décès cette année-là. Le taux de décès chez les hommes était plus du double de celui des femmes—27 900 par rapport à 13 500.

En 1996, le nombre de décès attribuables au tabagisme avait augmenté d'environ 8 % soit 3 800 décès, dont 64 % étaient des femmes. Au cours de cette période, le nombre de décès liés au tabagisme chez les hommes est resté relativement constant à environ 27 500. Toutefois, les décès liés au tabagisme chez les femmes ont augmenté à un taux plus rapide que les décès chez les hommes. En 1985,

Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ. La mortalité attributable au tabagisme au Canada et dans ses régions. 1994 et1996. CCID, Volume 20, No 3, 1999.
Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ. La mortalité attributable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1991. RCSP, Volume 86, No. 4, juillet-août 1995.Le cancer du poumon au Canada - Actualités sur le cancer. Santé Canada, juin 1998

seulement 9 000 des personnes décédées étaient des femmes. Cette année-là, le ratio des décès hommes-femmes attribuables au tabagisme était d'environ de 3 à 1. En 1989, ce ratio était tombé à 2,5 à 1 et en 1991, il était de 2 à 1. En 1996, ce ratio a poursuivi sa baisse pour se situer à 1,8 à 1.

Parmi les 45 200 décès attribuables au tabagisme selon les estimations de 1996, 100 décès frappaient des enfants de moins d'un an, dont 60 % étaient des garçons. Le cancer était responsable de 17 700 de l'ensemble des décès estimés. Les maladies cardiovasculaires étaient responsables de 17 800 autres décès et les maladies respiratoires étaient à l'origine des 9 500 décès restants. À l'échelle régionale, les décès liés au tabagisme ont augmenté entre 1991 et 1996 de 20 % dans les Prairies et de 8 % en Ontario.

Cancer du poumon

L'usage de la cigarette est la principale cause du cancer du poumon, étant responsable d'au moins 80 % de tous les nouveaux cas chez les femmes et de 90 % des cas diagnostiqués chez les hommes. Le risque grimpe avec le nombre de cigarettes fumées par jour et encore plus avec le nombre d'années de consommation. [5]

En 1991, parmi tous les décès reliés au tabagisme, le cancer du poumon a été la cause de 31 % des décès d'hommes et de 26 % des décès de femmes. Environ 17 100 décès attribuables au cancer du poumon ont été recensés au Canada en 1998,

Tableau 3 Estimation des taux comparatifs de mortalité du cancer du poumon et de la bouche, 2001

Taux par 100 000

	Cancer du poumon CIM-9 162[a]		Cancer de la bouche CIM-9 140-149[a]	
	Hommes	**Femmes**	**Hommes**	**Femmes**
Canada[b]	69	37	5	2
T.-N.	89	28	5	—[c]
Î.-P.-É	75	52	6	1
N.-É.	87	44	6	2
N.-B.	89	32	4	—[c]
Qué.	95	41	6	1
Ont.	58	33	4	2
Man.	59	34	5	2
Sask.	55	35	3	1
Alb.	57	37	4	2
C.-B.	56	37	4	2

[a] CIM-9 désigne le 9e revision de la Classification internationale des maladies.

[b] Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces. Les taux ont été rajustés en fonction de la répartition selon l'âge dans la population canadienne de 1991. Les totaux pour le Canada comprennent les estimations provinciales et territoriales.

[c] Les nombres sont trop petits pour être rapportés.

Source : Statistiques canadiennes sur le cancer 2001. Toronto : Institut national du cancer du Canada; 2001. <www.cancer.ca/stats/tables/tab6ehtm> [Citation : 14 juin 2001]

[5] Le cancer du poumon au Canada - Actualités sur le cancer, Santé Canada, juin 1998

et on estime à 20 400 le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon diagnostiqués.

L'incidence du cancer du poumon et les taux de mortalité qui y sont associés ont toujours été beaucoup plus bas chez les femmes que chez les hommes, mais ces deux taux n'ont cessé d'augmenter dans la population féminine au cours des deux dernières décennies, tandis qu'au milieu des années 1980, les taux d'incidence ont commencé à décliner chez les hommes.

À l'échelle régionale, en 1995, il a été rapporté que l'incidence du cancer du poumon et les taux de mortalité dans les Territoires du Nord-Ouest étaient plus élevés que dans les provinces. Cette disparité était plus particulièrement prononcée chez les femmes. Il y avait aussi une variabilité statistiquement significative dans l'incidence du cancer du poumon et la mortalité à travers les provinces. Les taux étaient particulièrement élevés chez les hommes au Québec et les femmes en Colombie-Britannique.

Estimation du cancer du poumon pour 2001

Étant donné le temps qui s'est écoulé avant l'apparition du cancer du poumon, la diminution de la prévalence du tabagisme qui s'est produite depuis les années 1960 sera confirmée dans l'incidence et les décès réduits du cancer du poumon au cours des années à venir. Toutefois, l'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les jeunes dans les années 1990 suscite des préoccupations et elle se traduira éventuellement par des augmentations futures de l'incidence du cancer du poumon et des taux de mortalité.

Tableau 4 Estimation des taux comparatifs d'incidence du cancer du poumon et de la bouche, 2001[a]

Taux par 100 000

	Cancer du poumon CIM-9 162[b]		Cancer de la bouche CIM-9 140-149[b]	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Canada	77	47	13	5
T.-N.	53	26	21	4
Î.-P.-É.	92	53	7	1
N.-É.	86	55	12	5
N.-B.	95	50	10	4
Qué.	105	53	13	4
Ont.	68	44	13	6
Man.	75	47	16	6
Sask.	60	38	12	4
Alb.	64	44	11	5
C.-B.	58	46	11	5

[a] Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces. Les taux ont été rajustés en fonction de la répartition selon l'âge dans la population canadienne de 1991. Les totaux pour le Canada comprennent les estimations provinciales et territoriales.

[b] CIM-9 désigne le 9e révision de la Classification internationale des maladies.

Source : Statistiques canadiennes sur le cancer 2001. Toronto : Institut national du cancer du Canada; 2001. <www.cancer.ca/stats/tables/tab6ehtm> [Citation : 14 juin 2001]

seulement 9 000 des personnes décédées étaient des femmes. Cette année-là, le ratio des décès hommes-femmes attribuables au tabagisme était d'environ de 3 à 1. En 1989, ce ratio était tombé à 2,5 à 1 et en 1991, il était de 2 à 1. En 1996, ce ratio a poursuivi sa baisse pour se situer à 1,8 à 1.

Parmi les 45 200 décès attribuables au tabagisme selon les estimations de 1996, 100 décès frappaient des enfants de moins d'un an, dont 60 % étaient des garçons. Le cancer était responsable de 17 700 de l'ensemble des décès estimés. Les maladies cardiovasculaires étaient responsables de 17 800 autres décès et les maladies respiratoires étaient à l'origine des 9 500 décès restants. À l'échelle régionale, les décès liés au tabagisme ont augmenté entre 1991 et 1996 de 20 % dans les Prairies et de 8 % en Ontario.

Cancer du poumon

L'usage de la cigarette est la principale cause du cancer du poumon, étant responsable d'au moins 80 % de tous les nouveaux cas chez les femmes et de 90 % des cas diagnostiqués chez les hommes. Le risque grimpe avec le nombre de cigarettes fumées par jour et encore plus avec le nombre d'années de consommation. [3]

En 1991, parmi tous les décès reliés au tabagisme, le cancer du poumon a été la cause de 31 % des décès d'hommes et de 26 % des décès de femmes. Environ 17 100 décès attribuables au cancer du poumon ont été recensés au Canada en 1998,

Tableau 3 Estimation des taux comparatifs de mortalité du cancer du poumon et de la bouche, 2001

Taux par 100 000

	Cancer du poumon CIM-9 162[a]		Cancer de la bouche CIM-9 140-149[a]	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Canada[b]	69	37	5	2
T.-N.	89	28	5	—[c]
Î.-P.-É	75	52	6	1
N.-É.	87	44	6	2
N.-B.	89	32	4	—[c]
Qué.	95	41	6	1
Ont.	58	33	4	2
Man.	59	34	5	2
Sask.	55	35	3	1
Alb.	57	37	4	2
C.-B.	56	37	4	2

[a] CIM-9 désigne le 9e révision de la Classification internationale des maladies.

[b] Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces. Les taux ont été rajustés en fonction de la répartition selon l'âge dans la population canadienne de 1991. Les totaux pour le Canada comprennent les estimations provinciales et territoriales.

[c] Les nombres sont trop petits pour être rapportés.

Source : Statistiques canadiennes sur le cancer 2001. Toronto : Institut national du cancer du Canada; 2001. <www.cancer.ca/stats/tables/tab6ehtm> [Citation : 14 juin 2001]

[3] Le cancer du poumon au Canada - Actualités sur le cancer, Santé Canada, juin 1998

et on estime à 20 400 le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon diagnostiqués.

L'incidence du cancer du poumon et les taux de mortalité qui y sont associés ont toujours été beaucoup plus bas chez les femmes que chez les hommes, mais ces deux taux n'ont cessé d'augmenter dans la population féminine au cours des deux dernières décennies, tandis qu'au milieu des années 1980, les taux d'incidence ont commencé à décliner chez les hommes.

À l'échelle régionale, en 1995, il a été rapporté que l'incidence du cancer du poumon et les taux de mortalité dans les Territoires du Nord-Ouest étaient plus élevés que dans les provinces. Cette disparité était plus particulièrement prononcée chez les femmes. Il y avait aussi une variabilité statistiquement significative dans l'incidence du cancer du poumon et la mortalité à travers les provinces. Les taux étaient particulièrement élevés chez les hommes au Québec et les femmes en Colombie-Britannique.

Estimation du cancer du poumon pour 2001

Étant donné le temps qui s'est écoulé avant l'apparition du cancer du poumon, la diminution de la prévalence du tabagisme qui s'est produite depuis les années 1960 sera confirmée dans l'incidence et les décès réduits du cancer du poumon au cours des années à venir. Toutefois, l'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les jeunes dans les années 1990 suscite des préoccupations et elle se traduira éventuellement par des augmentations futures de l'incidence du cancer du poumon et des taux de mortalité.

Tableau 4 Estimation des taux comparatifs d'incidence du cancer du poumon et de la bouche, 2001[a]

Taux par 100 000

	Cancer du poumon CIM-9 162[b]		Cancer de la bouche CIM-9 140-149[b]	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Canada	77	47	13	5
T.-N.	53	26	21	4
Î.-P.-É.	92	53	7	1
N.-É.	86	55	12	5
N.-B.	95	50	10	4
Qué.	105	53	13	4
Ont.	68	44	13	6
Man.	75	47	16	6
Sask.	60	38	12	4
Alb.	64	44	11	5
C.-B.	58	46	11	5

[a] Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces. Les taux ont été rajustés en fonction de la répartition selon l'âge dans la population canadienne de 1991. Les totaux pour le Canada comprennent les estimations provinciales et territoriales.

[b] CIM-9 désigne le 9e révision de la Classification internationale des maladies.

Source : Statistiques canadiennes sur le cancer 2001. Toronto : Institut national du cancer du Canada; 2001. <www.cancer.ca/stats/tables/tab6ehtm> [Citation : 14 juin 2001]

Maladies cardiovasculaires

Bien que les maladies cardiovasculaires soient la cause principale des décès au Canada, la collecte de données sur les facteurs de risque comme le tabagisme n'a pas été intégrée dans les grandes bases de données comme la base de données sur les congés des patients produite par l'Institut canadien d'information sur la santé. Par conséquent, il n'est pas possible pour l'instant d'effectuer une analyse en fonction de l'usage du tabac. Les données sur l'incidence de maladie cardiaque et les décès causés par une maladie cardiaque peuvent être estimés.

Autres problèmes de santé

Parmi les problèmes de santé rapportés dans la population des 15 ans et plus, les fumeurs réguliers sont ceux qui risquent le plus de déclarer qu'ils ont de l'emphysème ou un ulcère d'estomac, tandis que les anciens fumeurs sont ceux qui risquent le plus de déclarer qu'ils ont de l'hypertension, une maladie cardiaque ou le diabète.

Des données sur le traitement de l'asthme grave, des pneumonies et bronchites graves et des infections de l'oreille moyenne peuvent être tirées des dossiers d'hospitalisation. Toutefois, bien que l'on sache que ces états sont associés au tabagisme et à la fumée secondaire, ces facteurs de risque ne sont pas inclus dans les dossiers des patients. Par conséquent, il n'est pas possible d'analyser ces états dans l'optique de l'usage du tabac à partir de la base de données sur les congés des patients.

Tableau 5 Estimation des taux comparatifs de mortalité, toutes les maladies cardiovasculaires, Canada,[a] 1995

Taux par 100 000

	Cardiopathie ischémique		Apoplexie		Autres maladies cardiovasculaires	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Canada	155	120	41	55	58	62
T.-N.	201	147	52	65	69	80
Î.-P.-É.	181	141	57	45	74	69
N.-É.	167	118	35	57	74	78
N.-B.	151	110	45	53	83	82
Qué.	163	125	39	49	59	59
Ont.	160	128	42	57	51	56
Man.	165	131	49	60	68	69
Sask.	148	99	39	52	72	68
Alb.	139	109	38	56	63	76
C.-B.	128	94	42	57	55	64

[a] Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces. Les taux ont été rajustés en fonction de la répartition selon l'âge dans la population canadienne de 1991. Les totaux pour le Canada comprennent les estimations provinciales et territoriales.

Source : Statistiques Canada, 1995. <www.statcan.ca/english/freepub/82-573-GIE/nphs.htm> [Citation : 14 juin 2001]

Tableau 6 Estimation des taux comparatifs de mortalité,[a] par cause sélectionnée, 1993–1997

	1993	1994	1995	1996	1997
Toutes les causes	695	685	680	671	661
Hommes	902	886	881	864	848
Femmes	540	536	532	529	524
Diabète	17	17	18	17	17
Hommes	19	20	21	21	21
Women	15	15	15	14	15
Maladie cardiaque	193	187	184	181	173
Hommes	259	250	246	241	232
Femmes	142	140	138	135	130
Maladie respiratoire	61	60	60	60	60
Hommes	89	88	87	86	86
Femmes	44	43	44	44	45
Cancer	52	51	49	50	48
Hommes	78	76	74	73	70
Femmes	32	32	32	34	33

[a] Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces; les estimations territoriales sont incluses.

Source : Statistiques Canada, 1995. <www.statcan.ca/english/freepub/82-573-GIE/nphs.htm> [Citation : 14 juin 2001]

Tableau 7 Prévalence de problèmes de santé sélectionnés par type de fumeur, âgés de 15 ans et plus, Canada,[a] 1991

	Total des fumeurs	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	Anciens fumeurs	Non-fumeurs
N'importe quel problème de santé	63	62	59	69	60
Hypertension	16	14	11	19	15
Maladie cardiaque	7	6	5	11	6
Diabète	4	3	—	5	3
Asthme	6	6	4	6	6
Emphysème	8	12	6	9	6
Ulcère de l'estomac	5	7	5	5	3

[a] Ne comprend pas le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon parce que les données sur la prévalence du tabagisme n'étaient pas disponibles pour les territoires en 1991.

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, Tabulation, 1991.

Statistiques de l'industrie du tabac

Les taux de prévalence et de consommation ne présentent qu'une partie des données sur l'usage du tabac et les modèles de consommation au Canada. Pour obtenir un profil complet, il importe d'inclure de l'information sur les activités de l'industrie du tabac. Bien que l'objet principal du présent rapport soit la Stratégie nationale et les progrès qui ont été réalisés au cours de la dernière année, il est intéressant de pouvoir juxtaposer ce progrès à l'activité financière de l'industrie. Les statistiques présentées ici sont les plus récentes. (Figures 8–11)

Maladies cardiovasculaires

Bien que les maladies cardiovasculaires soient la cause principale des décès au Canada, la collecte de données sur les facteurs de risque comme le tabagisme n'a pas été intégrée dans les grandes bases de données comme la base de données sur les congés des patients produite par l'Institut canadien d'information sur la santé. Par conséquent, il n'est pas possible pour l'instant d'effectuer une analyse en fonction de l'usage du tabac. Les données sur l'incidence de maladie cardiaque et les décès causés par une maladie cardiaque peuvent être estimés.

Autres problèmes de santé

Parmi les problèmes de santé rapportés dans la population des 15 ans et plus, les fumeurs réguliers sont ceux qui risquent le plus de déclarer qu'ils ont de l'emphysème ou un ulcère d'estomac, tandis que les anciens fumeurs sont ceux qui risquent le plus de déclarer qu'ils ont de l'hypertension, une maladie cardiaque ou le diabète.

Des données sur le traitement de l'asthme grave, des pneumonies et bronchites graves et des infections de l'oreille moyenne peuvent être tirées des dossiers d'hospitalisation. Toutefois, bien que l'on sache que ces états sont associés au tabagisme et à la fumée secondaire, ces facteurs de risque ne sont pas inclus dans les dossiers des patients. Par conséquent, il n'est pas possible d'analyser ces états dans l'optique de l'usage du tabac à partir de la base de données sur les congés des patients.

Tableau 5 Estimation des taux comparatifs de mortalité, toutes les maladies cardiovasculaires, Canada, 1995

	Taux par 100 000					
	Cardiopathie ischémique		Apoplexie		Autres maladies cardiovasculaires	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Canada	155	120	41	55	58	62
T.-N.	201	147	52	65	69	80
Î.-P.-É.	181	141	57	45	74	69
N.-É.	167	118	35	57	74	78
N.-B.	151	110	45	53	83	82
Qué.	163	125	39	49	59	59
Ont.	160	128	42	57	51	56
Man.	165	131	49	60	68	69
Sask.	148	99	39	52	72	68
Alb.	139	109	38	56	63	76
C.-B.	128	94	42	57	55	64

[1] Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces. Les taux ont été rajustés en fonction de la répartition selon l'âge dans la population canadienne de 1991. Les totaux pour le Canada comprennent les estimations provinciales et territoriales.

Source : Statistiques Canada, 1995, <www.statcan.ca/english/freepub/82-573-GIE/nphs.htm> [Citation : 14 juin 2001]

Tableau 6 Estimation des taux comparatifs de mortalité,[a] par cause sélectionnée, 1993–1997

	1993	1994	1995	1996	1997
Toutes les causes	695	685	680	671	661
Hommes	902	886	881	864	848
Femmes	540	536	532	529	524
Diabète	17	17	18	17	17
Hommes	19	20	21	21	21
Women	15	15	15	14	15
Maladie cardiaque	193	187	184	181	173
Hommes	259	250	246	241	232
Femmes	142	140	138	135	130
Maladie respiratoire	61	60	60	60	60
Hommes	89	88	87	86	86
Femmes	44	43	44	44	45
Cancer	52	51	49	50	48
Hommes	78	76	74	73	70
Femmes	32	32	32	34	33

[a] Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces; les estimations territoriales sont incluses.

Source : Statistiques Canada, 1995. <www.statcan.ca/english/freepub/82-573-GIE/nphs.htm> [Citation : 14 juin 2001]

Tableau 7 Prévalence de problèmes de santé sélectionnés par type de fumeur, âgés de 15 ans et plus, Canada,[a] 1991

	Total des fumeurs	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	Anciens fumeurs	Non-fumeurs
N'importe quel problème de santé	63	62	59	69	60
Hypertension	16	14	11	19	15
Maladie cardiaque	7	6	5	11	6
Diabète	4	3	—	5	3
Asthme	6	6	4	6	6
Emphysème	8	12	6	9	6
Ulcère de l'estomac	5	7	5	5	3

[a] Ne comprend pas le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon parce que les données sur la prévalence du tabagisme n'étaient pas disponibles pour les territoires en 1991

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, Tabulation, 1991.

Statistiques de l'industrie du tabac

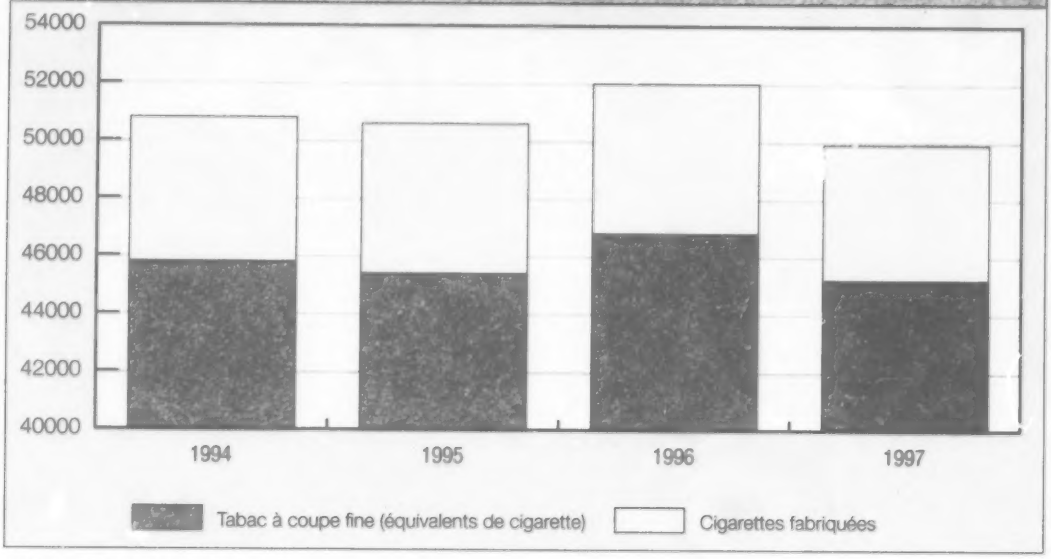
Les taux de prévalence et de consommation ne présentent qu'une partie des données sur l'usage du tabac et les modèles de consommation au Canada. Pour obtenir un profil complet, il importe d'inclure de l'information sur les activités de l'industrie du tabac. Bien que l'objet principal du présent rapport soit la Stratégie nationale et les progrès qui ont été réalisés au cours de la dernière année, il est intéressant de pouvoir juxtaposer ce progrès à l'activité financière de l'industrie. Les statistiques présentées ici sont les plus récentes. (Figures 8–11)

Tableau 8 Industrie du tabac au Canada : Ventes, recettes fiscales et profits (millions de dollars), 1988-1996

	Industrie		Gouvernement Recettes fiscales		
	Recettes d'exploitation	Profit net	Fédéral	Provincial	Total
1988	4 189	415	48	20	68
1989	4 006	328	45	17	62
1990	4 210	250	91	37	128
1991	4 954	369	125	71	197
1992	5 527	364	126	59	186
1993	5 549	548	123	61	185
1994	5 530	535	190	94	285
1995	5 634	723	180	85	265
1996	5 776	934	220	106	327

Source : Statistique Canada, STC (61-219P).

Figure 8 Vente de cigarettes et de tabac pour cigarettes au Canada (millions de cigarettes ou d'équivalent de cigarette)[a]

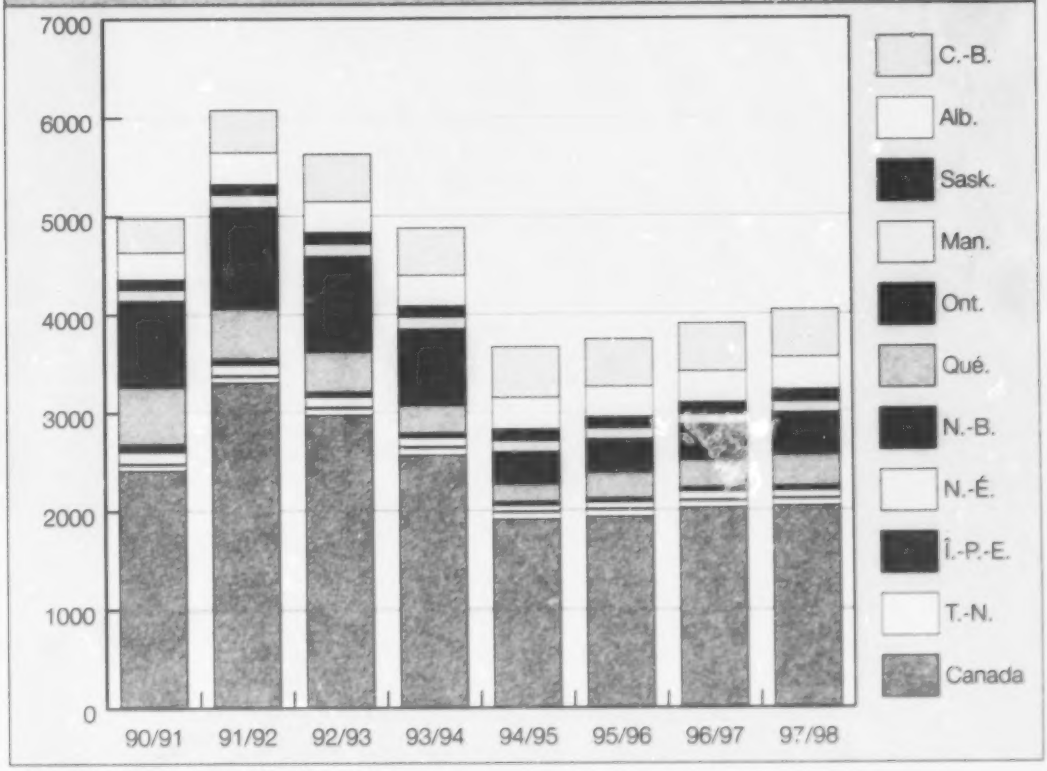


[a] Statistiques de l'industrie.

Source : Statistique Canada, Statistiques de l'impôt sur le revenu des corporations. Cat. No. 61-219p. 1988-97.

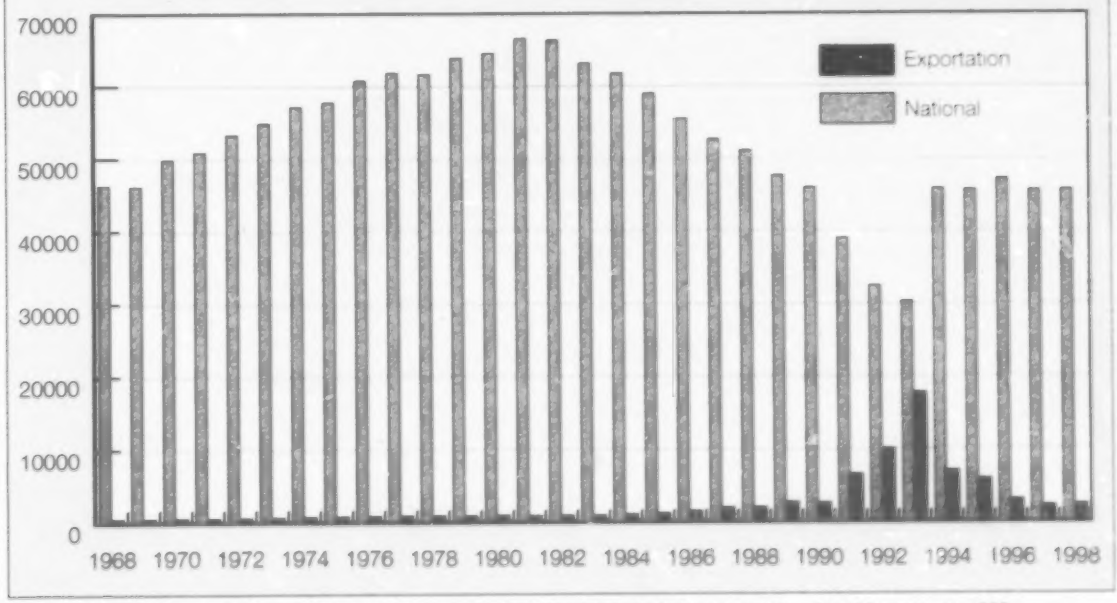
Bien que la cigarette soit le produit du tabac le plus consommé, environ 9 % des Canadiens qui fument (approximativement 540 000 personnes) consomment d'autres produits du tabac en plus de la cigarette. S'ajoutent à ce nombre 7 %, soit 425 000 personnes qui ne consomment que des produits du tabac autres que la cigarette. Les hommes consomment 88 % de tous les produits du tabac autres que la cigarette. Après la cigarette, le cigare et les cigarillos sont les produits du tabac les plus consommés. L'usage de la pipe a diminué sensiblement au cours des 10 dernières années. Les jeunes hommes sont les principaux utilisateurs du tabac sans fumée.

Figure 9 Recettes fiscales provinciales et fédérales des ventes de tabac au Canada (millions de dollars)



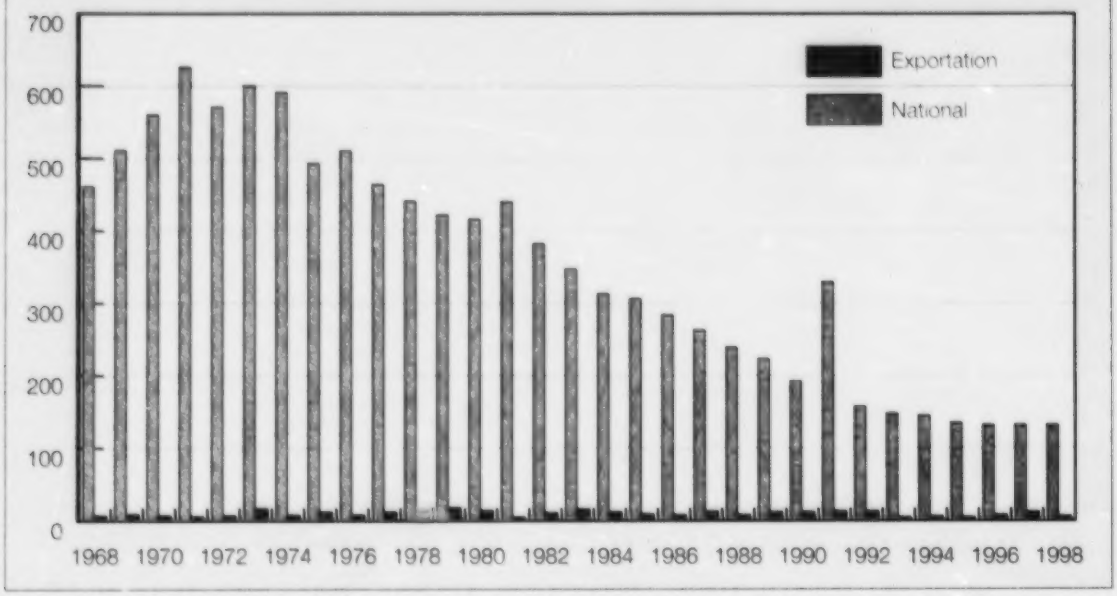
Source : Ministères provinciaux du Revenu.

Figure 10 Industrie du tabac du Canada : nombre de cigarettes vendues (milliers)



Source : Statistique Canada. Production et distribution des produits du tabac. Cat. No. 32-022, mensuel. 1995.

Figure 11 Industrie du tabac du Canada : nombre de cigares vendus (millions)



Source : Production et distribution des produits du tabac, Cat. No. 32-022, mensuel, 1995.

Deuxième partie : Vers une société sans fumée

Même si le décès de 45 000 Canadiens chaque année est attribuable à l'usage des produits du tabac, la société sans tabac est difficilement réalisable. Puisque la nicotine que contient le tabac crée une dépendance, même lorsque les fumeurs connaissent les dangers du tabac pour la santé, ils ont de la difficulté à arrêter de fumer. Étant donné que les conséquences néfastes sur la santé de l'usage du tabac ne se font pas sentir avant 20 à 30 ans, les personnes, particulièrement les adolescents et les jeunes adultes, ne se rendent pas compte de la gravité de la menace pour leur santé. Ce ne sont là que quelques aspects de la complexité et de l'ampleur de la problématique pour mettre un terme à l'usage des produits du tabac.

La Stratégie nationale reconnaît que le changement doit s'opérer dans des améliorations petites, mais continues et progressives. Ses quatre buts encouragent les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les particuliers et les communautés à fractionner le problème en segments reconnaissables et gérables. Les quatre buts qui ont été établis pour faciliter l'atteinte d'une société sans fumée sont les suivants : la prévention, l'abandon du tabac, la protection et la dénormalisation.

La première partie du présent rapport d'étape présentait plusieurs mesures du progrès réalisé dans le sens de ces buts, comme dans les statistiques sur la réduction du nombre de Canadiens qui fument. La deuxième partie se concentre sur la mesure des principales activités qui contribuent à l'atteinte de ces buts.

Tableau 9 Taux d'observation de la loi chez les détaillants au Canada par province,[a] 2000

	Rapports provinciaux[b]			Rapport ACNielsen[c]		
	Vérification administratives (N)	Taux d'observation de la loi (%)	Vérification de l'observation de la loi (N)	Taux d'observation de la loi (%)	Détaillants étudiés (N)	Taux d'observation de la loi (%)
T.N.	381	82,3	168	93,0	197	87,8
Î.-P.-É.	0	N/A	598	90,5	82	86,0
N.-É.	1 005	60,4	18	68,8	377	70,9
N.-B.	1 389	84,8	286	94,6	218	72,7
Qué.	4 530	64,8	1 839	76,5	1177	47
Ont.	10 188 [d]	76	N/A	N/A	877	83,7
Man.	0	N/A	1 291	87,7	338	78,9
Sask.	1 346	88,6	532	88,7	320	81,4
Alb.	2 831	76,8	339	86,0	760	67,3
C.-B.	10 847	90,9	3 420	91,5	678	75,3

[a] Les nombres pour le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon ne sont pas inclus parce qu'ils sont insuffisants à des fins statistiques.

[b] Source : Rapports fédéraux-provinciaux dans le cadre du Programme de lutte au tabagisme de Santé Canada.

Source: Rapport de résultats : 2000 (Final) - Évaluation de la conformité des détaillants à la Loi sur le tabac et la législation provinciale sur la vente du tabac aux mineurs. Décembre 2000, ACNielsen.

[d] Comprend le nombre de vérifications de l'observation à la loi.

Deuxième partie : Vers une société sans fumée

Même si le décès de 45 000 Canadiens chaque année est attribuable à l'usage des produits du tabac, la société sans tabac est difficilement réalisable. Puisque la nicotine que contient le tabac crée une dépendance, même lorsque les fumeurs connaissent les dangers du tabac pour la santé, ils ont de la difficulté à arrêter de fumer. Étant donné que les conséquences néfastes sur la santé de l'usage du tabac ne se font pas sentir avant 20 à 30 ans, les personnes, particulièrement les adolescents et les jeunes adultes, ne se rendent pas compte de la gravité de la menace pour leur santé. Ce ne sont là que quelques aspects de la complexité et de l'ampleur de la problématique pour mettre un terme à l'usage des produits du tabac.

La Stratégie nationale reconnaît que le changement doit s'opérer dans des améliorations petites, mais continues et progressives. Ses quatre buts encouragent les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les particuliers et les communautés à fractionner le problème en segments reconnaissables et gérables. Les quatre buts qui ont été établis pour faciliter l'atteinte d'une société sans fumée sont les suivants : la prévention, l'abandon du tabac, la protection et la dénormalisation.

La première partie du présent rapport d'étape présentait plusieurs mesures du progrès réalisé dans le sens de ces buts, comme dans les statistiques sur la réduction du nombre de Canadiens qui fument. La deuxième partie se concentre sur la mesure des principales activités qui contribuent à l'atteinte de ces buts.

Tableau 9 Taux d'observation de la loi chez les détaillants au Canada par province,[a] 2000

	Rapports provinciaux[b]			Rapport ACNielsen[c]		
	Vérification administratives (N)	Taux d'observation de la loi (%)	Vérification de l'observation de la loi (N)	Taux d'observation de la loi (%)	Détaillants étudiés (N)	Taux d'observation de la loi (%)
T.N.	381	82,3	168	93,0	197	87,8
Î.-P.-É.	0	N/A	598	90,5	82	86,0
N.-É.	1 005	60,4	18	68,8	377	70,9
N.-B.	1 389	84,8	286	94,6	218	72,7
Qué.	4 530	64,8	1 839	76,5	1177	47
Ont.	10 188[d]	76	N/A	N/A	877	83,7
Man.	0	N/A	1 291	87,7	338	78,9
Sask.	1 346	88,6	532	88,7	320	81,4
Alb.	2 831	76,8	339	86,0	760	67,3
C.-B.	10 847	90,9	3 420	91,5	678	75,3

[a] Les nombres pour le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon ne sont pas inclus parce qu'ils sont insuffisants à des fins statistiques.

[b] Source : Rapports fédéraux-provinciaux dans le cadre du Programme de lutte au tabagisme de Santé Canada.

[c] Source: Rapport de résultats : 2000 (Final) - Évaluation de la conformité des détaillants à la Loi sur le tabac et la législation provinciale sur la vente du tabac aux mineurs, Décembre 2000, ACNielsen.

[d] Comprend le nombre de vérifications de l'observation à la loi.

Prévention

Le but consiste à prévenir l'usage du tabac chez les jeunes. La restriction des ventes des produits du tabac aux mineurs est la principale activité à laquelle on a recours pour atteindre ce but. Dans cette optique, Santé Canada travaille avec ses partenaires provinciaux pour faire observer par les détaillants la loi canadienne sur la vente du tabac aux mineurs.

Dans le cadre des activités relatives à l'application de la loi, les inspecteurs provinciaux visitent les détaillants pour s'assurer que la loi est observée. Deux types d'inspections sont effectués : des vérifications administratives et des vérifications de l'observation. Dans le cadre des vérifications administratives, une jeune personne supervisée directement par un agent d'application de la loi sur le tabac essaie d'acheter des produits du tabac. Le même processus est suivi dans les vérifications de l'observation pour évaluer l'observation du détaillant après qu'il a reçu un avertissement.

En plus de l'information sur l'observation présentée par les provinces à Santé Canada, Ce ministère obtient de l'information sur l'observation des détaillants chaque année depuis 1995 au moyen d'enquêtes menées par AC Nielsen. L'enquête de 2000, dans le cadre de laquelle 5 024 détaillants ont été interrogés à l'échelle nationale a révélé un taux d'observation nationale de 70 %. Examinée province par province, la variation des taux d'observation allait de 47 % au Québec à 88 % à Terre-Neuve.

Santé Canada et ses partenaires provinciaux utilisent les résultats de ces enquêtes pour concevoir des programmes d'information, d'éducation et de sensibilisation plus efficaces afin d'assurer l'observation des détaillants. Bien qu'aucune mesure ne puisse par elle-même dépeindre véritablement l'observation de la loi par les détaillants, puisque des données sont compilées année après année, des modèles se dégageront et chaque province sera en mesure de suivre son efficacité en matière d'application de la loi sur la vente aux mineurs et de prendre les mesures qui s'imposent.

Tableau 10 Pourcentage des Canadiens de 15 ans et plus qui ont arrêté de fumer depuis longtemps[a], selon le motif qui les y a incités, 2000

	Ensemble	Hommes	Femmes
Inquiétude pour la santé dans l'avenir	35	38	32
Problème de santé actuel	12	12	11
Changement du mode de vie	14	14	15
Coût	8	8[b]	8[b]
Grossesse	8	3[b]	14
Maladie reliée au tabagisme	4[b]	4[b]	4[b]
Inquiétude pour la santé de la famille	8	8[b]	8[b]
Pressions de la famille/amis	4[b]	3[b]	5[b]
Conseil du médecin	3[b]	4[b]	3[b]
Autre	20	20	20

[a] Ne comprend pas les estimations du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon parce que les données sur l'abandon de l'usage dans les territoires ne sont pas disponibles pour 2000.

[b] Légère variabilité de l'échantillon, interpréter avec discernement.

Source : Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2000.

Abandon du tabac

Le but consiste à persuader et aider les fumeurs à arrêter d'utiliser des produits du tabac. Pour concevoir des programmes efficaces d'abandon du tabac, nous devons comprendre le processus de l'abandon du tabac et ce qui a motivé les fumeurs qui ont arrêté de fumer et les raisons qui convaincraient les fumeurs d'arrêter. L'analyse du type d'information présentée dans les tableaux 10 et 11 aideront à planifier les produits d'information ayant pour objectif de convaincre les fumeurs d'arrêter de fumer.

Ce qui a motivé les personnes qui ont réussi à arrêter

Selon les résultats de la 1999 Canadian Survey on Tobacco Use, près de 6,5 millions de Canadiens sont des anciens fumeurs. Parmi ces anciens fumeurs, 6 millions n'ont pas fumé depuis au mois un an, et 387 000 autres ont arrêté de fumer dans l'année de l'enquête.

Les inquiétudes pour la santé ont joué un rôle de primordial pour motiver les personnes à arrêter de fumer. Lorsque l'on demande aux anciens fumeurs ce qui les a incités à arrêter de fumer, la raison la plus courante est qu'ils l'ont fait pour conserver leur santé, et cela quels que soient leur âge ou leur sexe. Dix pour cent des anciens fumeurs ont indiqué que des problèmes de santé personnels les ont incités à arrêter. Dix pour cent ont déclaré que la raison de l'abandon du tabac était un changement de style de vie, ce qui pourrait également être relié à un souci d'améliorer leur santé.

Fondamentalement, les hommes et les femmes étaient motivées par les mêmes raisons. Seules deux différences notables hommes-femmes se sont dégagées de l'enquête de 1999. Cela n'est pas étonnant, les femmes sont plus susceptibles d'arrêter de fumer à cause d'une grossesse ou de la présence d'un bébé qu'un homme, bien que 2 % des hommes qui ont réussi à arrêter l'aient fait à cause de la grossesse de leur partenaire ou de la présence d'un bébé dans le ménage. Les hommes (10 %) sont plus susceptibles que les femmes (4 %) d'arrêter de fumer à cause d'une maladie reliée au tabagisme ou du décès d'un ami ou d'un parent.

Tableau 11 Ce qu'il faudrait faire pour arrêter de fumer : Opinion des fumeurs canadiens[a] actuels de 15 ans et plus, 1999

	Total (%)	Hommes	Femmes
Plus de volonté	30,7	26,8	35,1
Ne sais pas	20,3	23,0	17,3
Autres	18,4	18,8	18,0
Maladie	10,9	0,2 [b]	11,7 [b]
Rien	10,8	12,3 [b]	9,1 [b]
Décès dans la famille	6,3 [b]	6,4 [b]	6,2 [b]
Changement de mode de vie	5,4 [b]	5,7 [b]	5,2 [b]
Coût	3,2 [b]	4,3 [b]	— [c]
Programme/remplacement de la cigarette	3,0 [b]	— [c]	— [c]
Pression de la famille ou d'un ami	2,9 [b]	— [c]	— [c]
Grossesse	2,1 [b]	— [c]	4,0 [b]
Plus de restrictions	— [c]	— [c]	— [c]

[a] Does not include Nunavut, Northwest Territories, and Yukon estimates owing to the unavailability of quitting smoking data for the territories for 2000.

[b] Moderate sampling variability; interpret with caution.

[c] High sampling variability, data suppressed.

Source: Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 2000.

Prévention

Le but consiste à prévenir l'usage du tabac chez les jeunes. La restriction des ventes des produits du tabac aux mineurs est la principale activité à laquelle on a recours pour atteindre ce but. Dans cette optique, Santé Canada travaille avec ses partenaires provinciaux pour faire observer par les détaillants la loi canadienne sur la vente du tabac aux mineurs.

Dans le cadre des activités relatives à l'application de la loi, les inspecteurs provinciaux visitent les détaillants pour s'assurer que la loi est observée. Deux types d'inspections sont effectués : des vérifications administratives et des vérifications de l'observation. Dans le cadre des vérifications administratives, une jeune personne supervisée directement par un agent d'application de la loi sur le tabac essaie d'acheter des produits du tabac. Le même processus est suivi dans les vérifications de l'observation pour évaluer l'observation du détaillant après qu'il a reçu un avertissement.

En plus de l'information sur l'observation présentée par les provinces à Santé Canada, Ce ministère obtient de l'information sur l'observation des détaillants chaque année depuis 1995 au moyen d'enquêtes menées par AC Nielsen. L'enquête de 2000, dans le cadre de laquelle 5 024 détaillants ont été interrogés à l'échelle nationale a révélé un taux d'observation nationale de 70 %. Examinée province par province, la variation des taux d'observation allait de 47 % au Québec à 88 % à Terre-Neuve.

Santé Canada et ses partenaires provinciaux utilisent les résultats de ces enquêtes pour concevoir des programmes d'information, d'éducation et de sensibilisation plus efficaces afin d'assurer l'observation des détaillants. Bien qu'aucune mesure ne puisse par elle-même dépeindre véritablement l'observation de la loi par les détaillants, puisque des données sont compilées année après année, des modèles se dégageront et chaque province sera en mesure de suivre son efficacité en matière d'application de la loi sur la vente aux mineurs et de prendre les mesures qui s'imposent.

Tableau 10 Pourcentage des Canadiens de 15 ans et plus qui ont arrêté de fumer depuis longtemps[a], selon le motif qui les y a incités, 2000

	Ensemble	Hommes	Femmes
Inquiétude pour la santé dans l'avenir	35	38	32
Problème de santé actuel	12	12	11
Changement du mode de vie	14	14	15
Coût	8	8[b]	8[b]
Grossesse	8	3[b]	14
Maladie reliée au tabagisme	4[b]	4[b]	4[b]
Inquiétude pour la santé de la famille	8	8[b]	8[b]
Pressions de la famille/amis	4[b]	3[b]	5[b]
Conseil du médecin	3[b]	4[b]	3[b]
Autre	20	20	20

[a] Ne comprend pas les estimations du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon parce que les données sur l'abandon de l'usage dans les territoires ne sont pas disponibles pour 2000.

[b] Légère variabilité de l'échantillon, interpréter avec discernement.

Source : Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2000.

Abandon du tabac

Le but consiste à persuader et aider les fumeurs à arrêter d'utiliser des produits du tabac. Pour concevoir des programmes efficaces d'abandon du tabac, nous devons comprendre le processus de l'abandon du tabac et ce qui a motivé les fumeurs qui ont arrêté de fumer et les raisons qui convaincraient les fumeurs d'arrêter. L'analyse du type d'information présentée dans les tableaux 10 et 11 aideront à planifier les produits d'information ayant pour objectif de convaincre les fumeurs d'arrêter de fumer.

Ce qui a motivé les personnes qui ont réussi à arrêter

Selon les résultats de la 1999 Canadian Survey on Tobacco Use, près de 6,5 millions de Canadiens sont des anciens fumeurs. Parmi ces anciens fumeurs, 6 millions n'ont pas fumé depuis au mois un an, et 387 000 autres ont arrêté de fumer dans l'année de l'enquête.

Les inquiétudes pour la santé ont joué un rôle de primordial pour motiver les personnes à arrêter de fumer. Lorsque l'on demande aux anciens fumeurs ce qui les a incités à arrêter de fumer, la raison la plus courante est qu'ils l'ont fait pour conserver leur santé, et cela quels que soient leur âge ou leur sexe. Dix pour cent des anciens fumeurs ont indiqué que des problèmes de santé personnels les ont incités à arrêter. Dix pour cent ont déclaré que la raison de l'abandon du tabac était un changement de style de vie, ce qui pourrait également être relié à un souci d'améliorer leur santé.

Fondamentalement, les hommes et les femmes étaient motivées par les mêmes raisons. Seules deux différences notables hommes-femmes se sont dégagées de l'enquête de 1999. Cela n'est pas étonnant, les femmes sont plus susceptibles d'arrêter de fumer à cause d'une grossesse ou de la présence d'un bébé qu'un homme, bien que 2 % des hommes qui ont réussi à arrêter l'aient fait à cause de la grossesse de leur partenaire ou de la présence d'un bébé dans le ménage. Les hommes (10 %) sont plus susceptibles que les femmes (4 %) d'arrêter de fumer à cause d'une maladie reliée au tabagisme ou du décès d'un ami ou d'un parent.

Tableau 11 Ce qu'il faudrait faire pour arrêter de fumer : Opinion des fumeurs canadiens[a] actuels de 15 ans et plus, 1999

	Total (%)	Hommes	Femmes
Plus de volonté	30,7	26,8	35,1
Ne sais pas	20,3	23,0	17,3
Autres	18,4	18,8	18,0
Maladie	10,9	0,2 [b]	11,7 [b]
Rien	10,8	12,3 [b]	9,1 [b]
Décès dans la famille	6,3 [b]	6,4 [b]	6,2 [b]
Changement de mode de vie	5,4 [b]	5,7 [b]	5,2 [b]
Coût	3,2 [b]	4,3 [b]	— [c]
Programme/remplacement de la cigarette	3,0 [b]	— [c]	— [c]
Pression de la famille ou d'un ami	2,9 [b]	— [c]	— [c]
Grossesse	2,1 [b]	— [c]	4,0 [b]
Plus de restrictions	— [c]	— [c]	— [c]

[a] Does not include Nunavut, Northwest Territories, and Yukon estimates owing to the unavailability of quitting smoking data for the territories for 2000.

[b] Moderate sampling variability; interpret with caution.

[c] High sampling variability, data suppressed.

Source: Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 2000.

Ce qu'il faut faire pour arrêter

Lorsque l'on demande aux fumeurs actuels : « Qu'est-ce qu'il faudrait que vous fassiez pour arrêter de fumer? », le moyen le plus souvent mentionné est « plus de volonté ». Cela est vrai pour les fumeurs actuels de tous les âges, bien que plus de femmes (35 %) le mentionnent que d'hommes (27 %). Toutefois, de nombreux fumeurs (20 %) indiquent qu'ils ne savent pas ce qu'il faut faire pour arrêter de fumer. Cela suggère qu'un nombre important de fumeurs ne se sont peut-être pas trop questionnés sur ce qu'il fallait faire pour arrêter de fumer.

Bien que 11 % des fumeurs indiquent que la maladie les ferait arrêter, le même pourcentage de fumeurs déclarent que rien ne pourrait leur faire abandonner le tabac. Les fumeurs âgés de 45 ans et plus indiquent plus souvent que rien ne pourrait les faire arrêter de fumer que ceux qui sont âgés de 15 à 44 ans. Seulement 3 % ont indiqué que l'aide d'un programme ou un remplacement de la cigarette pourrait les inciter à arrêter.

Protection

Le but consiste à protéger les Canadiens en éliminant l'exposition à la fumée des autres.

En 1995, Santé Canada a commandé une enquête dans les écoles, les garderies agréées, les centres de services de garderie, les établissements de soins de santé et les établissements commerciaux pour faire l'inventaire des politiques sur le tabagisme en place, le cas échéant. L'enquête incluait toutes les provinces ainsi que les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

Les écoles primaires et secondaires étaient incluses dans l'enquête et la plupart d'entre elles (97 %) avaient des politiques sur le tabagisme. De ce pourcentage, 83 % assuraient une protection contre la fumée des autres à l'intérieur des édifices scolaires. Toutefois, seulement 66 % des politiques des écoles interdisaient complètement de fumer à l'intérieur et sur les terrains de l'école. Même si seulement une interdiction totale de l'usage du tabac sur la propriété de l'école appuie efficacement l'absence de fumée comme norme, seulement 10 % des écoles qui limitent le tabagisme ont indiqué qu'elles avaient l'intention de renforcer leurs politiques actuelles.

Presque tous les centres de services de garderie agréés (93 %) interrogées avaient des politiques sur le tabagisme. La moitié de ces politiques interdisaient complètement de fumer à l'intérieur et à l'extérieur. La majorité des politiques (79 %) comprenaient des procédures d'application.

Comparativement, seulement 62 % des centres de services de garderie réglementaient le tabagisme dans les foyers de garde en milieu familial qu'ils exploitent. La moitié de ces centres autorisent de fumer à l'intérieur, un quart ne spécifient aucune pénalité en cas de violation et seulement 12 % des centres sans politique envisagent de mettre en œuvre une politique sur le tabagisme. Ces différences dans les politiques sur le tabagisme entre les centres de services de garderies agréés et les centres de services de garderie dans les foyers de garde en milieu familial montrent clairement l'incidence de la loi et des exigences relatives aux permis sur la protection des jeunes enfants dans les garderies contre la fumée des autres.

L'enquête de 1995 comprenait des entrevues téléphoniques faites auprès de 100 grandes entreprises canadiennes. On entendait par grandes entreprises celles dont les ventes annuelles dépassaient 100 millions de dollars. Cette partie de l'enquête portait sur des secteurs commerciaux où le public risquait le plus d'être exposé à la fumée des autres.

Les lois régissant le tabagisme dans les lieux publics en 1995 stipulaient des mesures moins strictes pour les restaurants et les aires de restauration des centres commerciaux que pour les autres établissements commerciaux. Presque 60 % des gares routières d'autobus et environ 35 % des magasins de détail ayant des politiques sur le tabagisme ont indiqué avoir des restrictions pour protéger le personnel et les clients de la fumée des autres, tandis qu'aucun centre commercial et seulement 15 % des restaurants et des hôtels avaient des politiques semblables. Comme de plus en plus de municipalités appliquent les règlements d'interdiction de fumer dans les restaurants et dans les lieux publics intérieurs, il faudrait procéder à une mise à jour de cette enquête.

Le dernier élément de l'enquête de 1995 concerne 2 396 hôpitaux, centres de soins de longue durée et unités pour les maladies chroniques, établissements de soins pour bénéficiaires internes, centres d'adaptation et établissements de soins psychiatriques. De ces établissements qui disposaient d'une politique sur le tabagisme, seulement 3 % établissaient que l'interdiction de fumer était la norme en interdisant complètement de fumer à l'intérieur et à l'extérieur. En outre, le soutien pour les patients et résidents fumeurs qui voulaient abandonner le tabac était minimal.

Au cours des cinq dernières années, un nombre croissant de lieux publics ont été déclarés sans fumée. Les résultats de cette étude deviennent désuets et il importe d'obtenir des renseignements plus à jour si l'on veut évaluer le progrès réalisé pour protéger les gens contre la fumée des autres.

Des données provinciales sur les restrictions sur le tabagisme dans les lieux de travail

Selon les données les plus récentes de l'Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario, 70 % des personnes qui travaillent en dehors de leur foyer ont déclaré qu'il était totalement interdit de fumer dans leur lieu de travail, tandis que le reste de la population a indiqué qu'il y avait une interdiction partielle ou aucune restriction. D'après des estimations récentes, il y a 1 265 609 fumeurs dans les lieux de travail en Ontario. Les restrictions imposées sur le tabagisme dans les lieux de travail peuvent être ventilées par secteur professionnel :

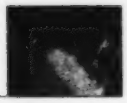
- 85 % des gestionnaires et des professionnels ont signalé une interdiction complète de fumer;
- 69 % des commis, des vendeurs et des personnes travaillant dans le secteur du service ont signalé une interdiction totale;
- 50 % des personnes faisant partie d'un groupe professionnel ou travaillant dans le secteur agricole ont signalé une interdiction complète.

Dénormalisation

Le but consiste à rendre socialement inacceptable l'usage du tabac. Ceci se réalise en informant les Canadiens sur les tactiques et les stratégies de marketing de l'industrie du tabac et des effets de l'utilisation du tabac sur la santé, de sorte qu'ils se rendent compte de la dépendance que crée le tabac et qu'ils considèrent son utilisation comme socialement inacceptable.

Les efforts déployés aux États-Unis, notamment en Californie, au Massachusetts et en Floride ont démontré que des programmes de santé publique complets peuvent donner lieu à des changements importants. Leur efficacité pour dénormaliser l'industrie du tabac est encourageante. Au Canada, la Colombie-Britannique a adopté une nouvelle méthode plus dure. En janvier 1999, la Table ronde d'experts sur la dénormalisation du tabac et de l'industrie du tabac a influencé la conception d'une nouvelle campagne publicitaire nationale. Les données de la première vague, l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, menée de février à juin 1999, indique que la publicité gouvernementale antitabac, y compris les annonces visant à sensibiliser les gens aux pratiques de l'industrie du tabac, reçoit déjà un niveau élevé de soutien public.

Troisième partie : Progrès réalisés dans les orientations stratégiques



La Stratégie nationale a dégagé cinq orientations stratégiques qui forment la base d'une démarche de planification, de mise en œuvre et d'évaluation. Ces orientations visent à établir les types d'intervention ou de mesures qui vont dans le sens des buts de prévention, d'abandon du tabac, de protection et de dénormalisation. Les interventions et les mesures de lutte contre le tabac les plus efficaces visent plus d'un but. Par exemple, l'établissement de milieux sans fumée protège les gens de la fumée des autres (protection), mais cette mesure aide également les fumeurs qui essaient d'arrêter de fumer (abandon du tabac) et véhicule le message aux jeunes qu'il est socialement acceptable de ne pas fumer (prévention). Étant donné que ces effets se recoupent, il est plus facile de regrouper les initiatives par orientation stratégique. La documentation anecdotique présentée ici témoigne du progrès réalisé dans le sens des cinq orientations stratégiques énoncées dans la Stratégie nationale.

Voici les cinq orientations stratégiques :

- Politique et législation;
- Éducation du public (Information, médias, programmes et services);
- Responsabilisation de l'industrie et contrôle des produits;
- Recherche, évaluation et surveillance;
- Création et soutien des moyens d'action.

Bien que le nombre même des initiatives qui sont en place dans le pays est en lui-même une indication du progrès, il n'est pas possible de présenter des mesures statistiques de chacune des initiatives. Dans la plupart des cas, l'incidence ne sera pas mesurable avant un certain temps et il n'est pas possible de lier de façon certaine un changement dans une statistique à une initiative en particulier. Mais, ce qui est le plus important, c'est que l'incidence conjuguée de chacune des stratégies de lutte locales sera éventuellement mesurable de façon statistique.

Les points décrits dans cette section donnent un aperçu de ce qui se produit au Canada en matière de lutte contre le tabac et le choix des points changera d'une année à une autre à mesure que le profil change. Ces points ont été choisis parce qu'ils mettent en évidence les secteurs où des progrès ont été réalisés et parce qu'il est possible de montrer des résultats préliminaires. Il est impossible de présenter une liste complète faute d'espace.

Politique et législation

L'intention de cette orientation stratégique consiste à assurer la coordination de la politique antitabac dans tous les secteurs et à mettre en œuvre une législation et des politiques organisationnelles dans les secteurs qui appuient la réduction de l'usage du tabac.

Les efforts déployés cette année à ce chapitre comprennent l'établissement de milieux sans fumée, la mise en application d'augmentations de taxe, l'élaboration de politiques et de recommandations et la consolidation des stratégies provinciales de lutte contre le tabac.

Établissement de milieux sans fumée

Les gouvernements ont été les premiers à établir des lieux de travail sans fumée et en fait, la politique d'interdiction de fumer dans les lieux de travail des Territoires du Nord-Ouest précède celle du gouvernement fédéral de six mois. Pendant que les gouvernements continuent à bien des niveaux à élaborer des politiques sans fumée, de plus en plus de milieux du secteur privé emboîtent le pas, suivent leur exemple et protègent leurs employés contre la fumée des autres.

En **Colombie-Britannique,** plus de 50 % des municipalités représentant plus de 90 % des Britanno-Colombiens ont des règlements sans fumée. En outre, le *Règlement sur la sécurité et la santé au travail de la CAT concernant la fumée des autres* est entré en vigueur en avril 1998 et exige que tous les employeurs protègent les travailleurs sur tous les lieux de travail contre l'exposition à la fumée des autres. Une exemption au règlement s'appliquant aux établissements d'accueil, résidentiels et correctionnels a été prévue jusqu'en septembre 2001, date à laquelle ces lieux de travail devront protéger leurs employés contre l'exposition à la fumée des autres.

La *Protection from Second-Hand Smoke in Public Buildings Act* de l'**Alberta** est entrée en vigueur en janvier 1999 et offre une protection contre la fumée des autres dans les lieux de travail à environ 20 000 fonctionnaires de l'Alberta. Jusqu'à présent, sept municipalités de l'Alberta ont adopté un règlement limitant la fumée des autres et plusieurs autres envisagent d'adopter des règlements semblables.

Les municipalités du **Nouveau-Brunswick** ont obtenu explicitement des pouvoirs pour promulguer des règlements limitant la fumée des autres en 1997. Le Smoke Free Environments Task Force (établi par la Société canadienne du cancer, division du Nouveau-Brunswick et la Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick) s'est efforcé d'encourager et de soutenir les municipalités pour qu'elles promulguent des règlements limitant la fumée des autres. Après quelques années marquées par peu de résultats, le groupe de travail a demandé à l'ancien ministère de la Santé et des Services communautaires d'effectuer un sondage d'opinion dans des municipalités sélectionnées pour faire connaître aux conseils municipaux concernés le niveau de soutien public des mesures de création de lieux sans fumée. L'information a été utilisée par le groupe de travail pour présenter des observations aux chefs municipaux et mobiliser des volontaires dans des groupes d'action communautaires locaux. Depuis 1997, sept municipalités ont promulgué des règlements limitant la fumée des autres dans divers lieux publics et plusieurs municipalités y travaillent actuellement.

La municipalité régionale de Cap Breton en **Nouvelle-Écosse** a récemment adopté un règlement antitabac exigeant que tous les édifices auxquels le public a accès soient complètement sans fumée d'ici 2003. Depuis le 1er mai 2001, les prisons et les centres correctionnels relevant du ministère de la Justice de la Nouvelle-Écosse sont tous sans fumée.

À **Terre-Neuve,** des modifications ont été apportées à la *Smoke-Free Environment Act,* de façon à interdire le tabagisme dans les lieux fréquentés par des enfants et tous les restaurants d'ici 2002. Des modifications ont été apportées à la *Tobacco Control Act* de Terre-Neuve pour interdire la vente du tabac dans les pharmacies.

Mise en application d'augmentations de taxe

Il est reconnu que des prix plus élevés découragent l'usage du tabac et par conséquent, la Stratégie nationale accorde une priorité à une stratégie fédérale-provinciale-territoriale à long terme pour augmenter la taxe sur les produits du tabac à l'échelle du Canada.

Le 5 avril 2001, le gouvernement fédéral a annoncé une série de mesures fiscales s'appliquant au tabac et découlant des objectifs de santé du gouvernement. Ces mesures comprenaient une augmentation de taxe de 4 $ par cartouche de cigarettes en **Ontario**, au **Québec**, au **Nouveau-Brunswick**, en **Nouvelle-Écosse** et dans l'**Île-du-Prince-Édouard**, plus un nouveau régime fiscal pour le tabac visant à réduire l'incitation à réintroduire en contrebande au Canada des produits du tabac canadiens. Pour l'application de ces modifications fiscales, une somme supplémentaire de 55 millions $ sera mise à la disposition des ministères et organismes fédéraux pour la surveillance et l'évaluation de l'efficacité de ces mesures fiscales en ce qui concerne la réduction de la contrebande du tabac.

Le **Yukon** a déposé un projet de loi visant à augmenter de 12 % la taxe sur tous les produits du tabac.

Élaboration de politiques et de recommandations

La Stratégie nationale encourage l'uniformité des politiques dans tous les ministères fédéraux et provinciaux afin de maximiser leur efficacité pour réduire l'usage du tabac et soutenir les initiatives.

Dans le Nord, le **Yukon** a entrepris des recherches pour élaborer une stratégie de réduction de l'usage du tabac, tandis que les **Territoires du Nord-Ouest** ont fait de la stratégie antitabac dans les territoires une partie intégrante de leur stratégie de la promotion de la santé. Cette stratégie antitabac dans les territoires comporte des parties de la Stratégie nationale qui sont particulièrement pertinentes dans le cas des Territoires du Nord-Ouest.

Le 9 décembre 1999, l'Assemblée législative de la **Saskatchewan** a créé le Special Committee on Tobacco Control. Le rapport final du comité a été déposé en février 2001. Le comité a fait des recommandations concernant les interventions et activités relatives à la prévention, l'abandon du tabac, la protection et la dénormalisation.

Consolidation des stratégies de lutte contre le tabac

Depuis 1999, l'**Ontario** a mis en œuvre la Stratégie antitabac renouvelée avec des fonds annuels de 10 millions de dollars s'ajoutant aux 9 millions de dollars déjà affectés.

Le gouvernement du **Québec** a augmenté son budget de lutte contre le tabagisme en y ajoutant 10 millions pour l'année financière 2001-2002. La province consacrait auparavant de 8 à 10 millions annuellement. Le gouvernement a aussi affecté 3 millions de dollars à la lutte contre la contrebande du tabac. Depuis octobre 2000, le gouvernement finance publiquement les thérapies de remplacement de la nicotine, y compris le Zyban comme appui pharmaceutique à l'abandon du tabac.

L'Alberta a financé l'Alberta Tobacco Reduction Alliance, qui met en œuvre le plan de réduction de l'usage du tabac de l'Alberta (Alberta Tobacco Reduction Plan). Le financement pour l'année financière 2001–2002 a été augmenté à 2 millions de dollars.

Éducation du public (Information, médias, programmes et services)

L'intention de cette orientation stratégique consiste à rendre disponibles et accessibles l'information, les services et les programmes concernant le tabac et les questions reliées au tabac, qui ont pour but la prévention, l'abandon, la protection et la dénormalisation.

Les démarches pour informer les Canadiens sur les dangers de l'usage du tabac et les autres questions reliées au tabac ont progressé cette année au moyen de la diversité des médiums, allant des contacts face à face à l'anonymat d'Internet. De nombreuses activités visent particulièrement à répondre aux besoins des jeunes gens.

Visite des ménages

Dans les **Territoires du Nord-Ouest**, 75 % de la communauté a maintenant des foyers sans fumée et les fumeurs fument à l'extérieur, même à des températures de -60 °C. Avec l'appui de la Division des Territoires du Nord-Ouest/Nunavut de l'Association canadienne de la santé publique (ACSP), le représentant de la santé communautaire, l'infirmière, les chefs de cette communauté ont fait la promotion de maisons sans fumée et le RSC et l'infirmière ont visité tous les foyers pour éduquer les résidents et les encourager. La Division des Territoires du Nord-Ouest/Nunavut de l'Association canadienne de la santé publique (ACSP) suit ce modèle pour faire la promotion des maisons sans fumée dans d'autres communautés.

Intervention téléphonique

En mars 2001, la Société canadienne du cancer a terminé un projet pilote de deux ans de ligne téléphonique financé par le ministère de la Santé de la **Colombie-Britannique**. Le QuitLine offrait du counseling en profondeur, des plans d'abandon du tabac et un suivi avec rappels téléphoniques. Durant une période de 13 mois, 384 appels ont été acheminés à la QuitLine, dont 71 de personnes qui se sont inscrites à un programme de counseling de la QuitLine et 46 de personnes qui ont assisté à la séance de planification initiale d'une heure. Une évaluation du projet pilote a indiqué que le taux d'abandon du tabac était légèrement inférieur à 30 % et que près de la moitié des clients de la QuitLine ont réduit leur consommation de tabac de jusqu'à 50 %. En avril 2001, la Colombie-Britannique a lancé la BC Smokers Helpline, établie selon le modèle de la Télé-assistance pour fumeurs de l'Ontario, qui a été crée par la division de l'Ontario de la Société canadienne du cancer. La BC Smokers Helpline donne sans délai des conseils pour aider à arrêter de fumer et répond à un plus grand nombre d'appels que le projet pilote. Ce service financé continue d'être offert par quatre membres du personnel de la division de la Colombie-Britannique et du Yukon de la Société canadienne du cancer.

Publicité télévisée

La Fondation des maladies du cœur de l'Ontario, a mené avec succès une campagne dans les médias (télévision) qui a eu pour résultat, d'après une enquête effectuée après la campagne, un dialogue sur les conséquences de l'usage du tabac et de la fumée des autres dans 31 % des foyers de l'Ontario, ce qui est exceptionnel pour une campagne de publicité. Soixante-dix-huit pour cent des personnes questionnées se sont rappelées avoir vu les annonces à la télévision; 65 % ont dit que les annonces les ont fait réfléchir au sujet de la fumée des autres et des

conséquences du tabagisme sur ceux qu'ils aiment, et 76 % ont indiqué que les annonces étaient crédibles. En outre, il y a eu un changement d'attitude positif de 9 % dans la population cible, tout particulièrement en ce qui concerne la fumée des autres.

Dans Internet

Le Programme de la lutte au tabagisme de **Santé Canada** a créé un nouveau site Web d'autodiagnostic interactif et d'abandon du tabac par soi-même. Ce site offre de l'information et du soutien aux Canadiens qui essaient d'arrêter de fumer. Les personnes ont accès à des informations personnalisées sur les moyens pouvant leur permettre de surmonter les obstacles qui les empêchent d'arrêter de fumer et d'acquérir la motivation et les aptitudes nécessaires dans leur cheminement vers le renoncement au tabac. Une évaluation préliminaire indique que le site a été visité 150 000 fois en une semaine du mois de février 2001. Il s'agit à l'heure actuelle de la partie la plus fréquemment visitée à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/index.html.

L'Alberta Tobacco Reduction Alliance a établi un répertoire important d'informations et de ressources, qui sont disponibles sur son site Web www.tobaccotruth.com.

Le site Web du Tobacco Control Unit en **Nouvelle-Écosse**, www.gov.nc.ca/quitnow, fournit des renseignements utiles sur les répercussions sur la santé du tabagisme et de la fumée des autres. En plus, le site contient une section qui se concentre sur les jeunes.

Extension des services aux jeunes

La Colombie-Britannique a organisé un sommet Kids Against Tobacco, qui a été le premier sommet de jeunes contre le tabac de cette importance au Canada, les 22 au 24 février 2001. Accompagnés de 20 chaperons, 80 jeunes venant de partout dans la province, y compris la Youth Tobacco Attack Team de la province, ont participé avec des représentants du **Nunavut**, de **Terre-Neuve**, du **Yukon** et du Comité consultatif des jeunes sur le tabagisme du gouvernement fédéral. Le sommet a fourni aux jeunes des habiletés, des connaissances et des ressources afin qu'ils puissent mettre en œuvre des initiatives antitabac une fois de retour dans leur communauté. En raison du succès du sommet, la Colombie-Britannique prévoit d'en organiser un deuxième en mars 2002.

BC Tobaccofacts est un programme scolaire complet de sensibilisation sur le tabac, qui fournit aux enseignants des plans de leçon et des activités leur permettant d'incorporer des connaissances sur le tabac dans leur programme d'études. Les sujets comprennent la science du tabac, les pratiques de marketing de l'industrie du tabac et les conséquences sur la santé. Le programme a été distribué à tous les publics, aux écoles indépendantes et de bande. Le programme de la 8e à la 12e année sera distribué d'ici octobre 2001. Au cours de l'exercice 2000-2001, 2 000 copies des ressources des 4e et 5e années ont été distribuées et 28 séances régionales d'initiation ont été organisées.

Au cours de l'année scolaire 1999-2000, la Tobacco Reduction Alliance de l'**Île-du-Prince-Édouard**, y compris le Department of Health and Social Services de la province, s'est concentré sur la santé globale dans les écoles. Tou·es les commissions scolaires (qui représentent pratiquement toutes les écoles de la province) ont mis en œuvre des politiques d'interdiction du tabac dans les écoles. Dans le cadre d'une démarche pour créer des milieux qui supporte la non-consommation du tabac, des étudiants ont été formés pour diriger les activités de prévention et apporter leur aide aux initiatives d'abandon du tabac dans leurs écoles.

L'école d'infirmierie de l'University of Prince Edward Island, en collaboration avec l'université de Waterloo, a effectué une enquête dans les écoles secondaires de la province en mai 1999 et en juin 2000. Les résultats de l'Enquête sont encourageants. Les taux de tabagisme chez les étudiants de 10e année ont diminué pour passer de 20 % en 1999 à 19,4 % en 2000. Les taux de tabagisme chez les étudiants de 11e année ont diminué en passant de 25,5 % en 1999 à 23,4 % en 2000. Les taux ont augmenté légèrement chez les étudiants de 12e année, en passant de 27,6 % en 1999 à 28,1 % en 2000.

Responsabilisation de l'industrie et contrôle des produits

Cette orientation stratégique vise à réglementer la fabrication, le marketing et la vente des produits du tabac afin de réduire la dépendance et les maladies.

Ce premier rapport d'étape fait état des nouveaux règlements, de l'impact des nouveaux messages d'avertissement et d'information sur la santé imprimés sur les paquets de cigarettes et de l'activité provinciale relative au recouvrement des coûts des soins de santé.

Règlements

À compter du 26 juin 2000, deux nouveaux règlements, le *Règlement sur l'information relative aux produits du tabac* et le *Règlement sur les rapports relatifs au tabac*, imposent des mesures strictes sur l'étiquetage et les rapports.

À la suite d'une contestation constitutionnelle, la Colombie-Britannique travaille avec **Santé Canada** et l'industrie pour mettre en œuvre un « accord de statu quo » sur les exigences en matière de rapports du *Tobacco Testing and Disclosure Regulation*. Actuellement, même si l'industrie doit encore indiquer les ingrédients, les additifs et les constituants de la fumée de la plupart des marques de cigarette vendues dans la province, les exigences en matière de rapports ont été abandonnées pour l'instant dans le cas du tabac à cigarette et des marques de cigarette représentant moins de 1 % de la part du marché de la Colombie-Britannique. Tous les rapports reçus jusqu'ici sont postés dans un site Web auquel le public a accès.

Avertissements pour la santé

Par suite de l'introduction des nouveaux messages d'information et d'avertissements au sujet de la santé et de l'indication de l'adresse www.infotabac.com de **Santé Canada** sur les paquets de cigarettes, on a constaté un accroissement considérable du nombre de personnes qui visitent le site Web. Entre août 2000 et février 2001, le trafic sur le site Web de lutte contre le tabagisme de Santé Canada a augmenté d'environ 162 000 visites par mois à plus de 700 000 visites par mois.

Recouvrement des coûts des soins de santé

En février 2000, La *Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery Act* de la **Colombie-Britannique** a été annulée à la suite d'une contestation constitutionnelle de l'industrie du tabac. À la suite de cela, l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique a adopté des modifications à la loi et le gouvernement a repris sa poursuite en janvier 2001.

Au **Québec**, un groupe de travail étudie la faisabilité d'une poursuite du gouvernement contre les compagnies de tabac pour la récupération des coûts de soins de santé.

En avril 2001, l'Assemblée législative de **Terre-Neuve** a déposé une *Loi pour la récupération des coûts des soins de santé reliés au tabac*. Un comité spécial a été créé pour recevoir des présentations durant la période du 30 avril au 8 mai 2001 et pour rédiger un rapport.

Recherche, évaluation et surveillance

Cette orientation stratégique vise à accroître la connaissance du tabac et de son usage, de l'industrie du tabac, des interventions efficaces de lutte contre le tabagisme et des conséquences socio-économiques et sur la santé de l'usage du tabac.

Bien qu'une lutte contre le tabagisme exige des efforts dans les cinq orientations stratégiques, le savoir est le fondement de la planification des interventions et des activités des quatre autres orientations stratégiques, qu'il s'agisse du résultat des programmes de recherche, de projets pilotes—une forme de recherche appliquée, l'évaluation de programmes et de services existants ou la surveillance des changements pour évaluer le progrès.

Recherche

En **Alberta**, un projet de recherche conjoint de deux ans de l'**Alberta** Tobacco Reduction Alliance, de l'**Alberta** Cancer Board et du Centre for Health Promotion Studies de l'University of Alberta est actuellement en cours. La recherche sur le changement dans l'usage du tabac chez les jeunes (non-fumeur, expérimentation, fumeur habituel) fournira des points de référence en vue d'un système provincial de surveillance des jeunes.

En **Nouvelle-Écosse**, le personnel de Cancer Care Nova Scotia a nommé GPI Associates pour la création d'un rapport sur les coûts reliés à l'usage du tabac dans la province (Costs of Tobacco Use in Nova Scotia).

Projets pilotes

Le personnel de l'Environmental Health Unit de la Public Health Branch du **Manitoba** a récemment lancé un petit projet pilote dans lequel un facilitateur travaille avec des adolescents qui désirent arrêter de fumer. Ce projet se déroule dans une école secondaire et a pour but de fournir aux participants les renseignements, le soutien et la motivation dont ils ont besoin pour arrêter de fumer. Il pourrait être élargi suivant son évaluation.

Au **Nouveau-Brunswick**, les services de toxicomanie ne disposent pas à l'heure actuelle d'un mandat officiel pour fournir des services aux personnes qui ont une dépendance à l'égard de la nicotine. Toutefois, les écoles continuent d'indiquer qu'il leur est nécessaire d'offrir un soutien aux étudiants qui désirent arrêter de fumer. Un projet pilote préliminaire a été financé par le ministère de la Santé et du Mieux-être, qui a permis aux agents de prévention des services de toxicomanie d'une région de soutenir l'élaboration d'un programme de prévention, d'éducation et d'abandon du tabac organisé par des pairs dans deux écoles intermédiaires. Les résultats de ce projet régional ont été à l'origine d'un projet pilote provincial supporté par un comité consultatif des intervenants. Chaque région des services de toxicomanie de la province s'est engagée à établir un partenariat avec une école pour réaliser un programme d'éducation et d'abandon du tabac. L'efficacité des divers modèles utilisés dans le projet pilote provincial sera évaluée par un projet de recherche qui espère tirer parti de diverses possibilités de financement des recherches.

Évaluation

Pour contribuer à l'élaboration d'une stratégie de réduction de l'usage du tabac, le **Nunavut** a entrepris une évaluation des projets et des initiatives commencées en 2000.

Dix pour cent du financement de la Stratégie antitabac de l'**Ontario** a été réservé aux évaluations. L'Unité de recherche sur le tabagisme en **Ontario** (URTO), un organisme de recherche indépendant financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a coordonné l'évaluation et a rédigé un rapport d'évaluation sur l'année 1 des projets de la Stratégie antitabac renouvelée. Grâce à la planification et à la mise en œuvre de sa fonction de coordination, l'URTO a élaboré et raffiné des stratégies, des mécanismes et des instruments visant à rapporter et surveiller de façon efficace et opportune les niveaux de performance. Une réalisation remarquable de la Stratégie antitabac renouvelée qui a bénéficié du financement de l'année dernière de 10 millions de dollars, est que les projets financés ont atteint de façon substantielle tous leurs objectifs énoncés à la fin de leur période de financement ou presque.

Surveillance

Le « Survey of Albertans Regarding Tobacco Use 2000 » de l'Alberta Tobacco Reduction Alliance a révélé une augmentation de 44 % en 1998 à 62 % en 2000 du nombre de personnes qui interdisent le tabagisme chez eux; le nombre de personnes qui ont déclaré fumer quotidiennement a diminué pour passer de 30 % à 24 %. En 1998, 69 % des répondants ont déclaré ne pas fumer du tout, tandis qu'en 2000, 75 % ont indiqué qu'ils ne fumaient pas. Le nombre des Albertains interrogés qui étaient conscients des répercussions sur la santé de l'usage du tabac est passé de 49 % à 64 %. L'enquête a été faite pour la première fois en 1998.

Une étude de l'opinion entreprise à **Terre-Neuve** entre juillet et septembre 2000 a révélé un soutien solide pour les lieux sans fumée. Quatre-vingt-un pour cent des adultes sont d'accord pour que tous les lieux de travail deviennent sans fumée; 70 % pensent que le gouvernement devrait s'assurer que les clients et le personnel sont protégés contre la fumée secondaire. La limitation de l'exposition des enfants à la fumée secondaire a reçu un soutien de 96 % de la part des adultes.

Création et soutien des moyens d'action

Cette orientation stratégique vise à améliorer la capacité des personnes, des intermédiaires et des communautés du secteur de la santé aux niveaux national, provinciaux/territoriaux et locaux, pour qu'ils agissent.

La collaboration, le partenariat et le partage—peu importe la forme que cela prend, rapproche les personnes, les communautés, les organisations et les gouvernements et crée une synergie, dissémine le savoir et les compétences et les résultats se calculent en économies de temps et de coûts. Il n'est pas nécessaire de réinventer la roue; il suffit d'adapter un programme qui existe déjà et qui fonctionne bien. Les ateliers, les conférences et les séances de formation, en plus de faire circuler l'information, motivent et inspirent les gens et les incitent à passer à l'action. Les points relevés cette année représente un large éventail d'activités.

Les **Territoires du Nord-Ouest** ont formé une équipe de 37 personnes qui peuvent offrir le programme Cancer Society – Fresh Start au niveau communautaire. Quelques séances sur l'abandon du tabac ont déjà eu lieu. Il y a eu des grandes campagnes de publicité dans la presse, à la télévision et à la radio et de nombreuses

parties de la campagne ont été produites par des étudiants. Un contrat avec la Division des Territoires du Nord-Ouest/Nunavut de l'Association canadienne de santé publique a permis de travailler avec les jeunes pour produire des documents pertinents et évaluer les programmes d'abandon du tabac destinés aux jeunes. Un programme sera choisi et adapté.

Kick the Nic est un programme d'abandon du tabac pour les adolescents, qui a été lancé en **Colombie-Britannique** en septembre 1999, pour soutenir les adolescents qui se sont engagés à arrêter de fumer. Il les aide à abandonner le tabac et crée une expérience d'apprentissage positive : il leur permet d'acquérir les habiletés nécessaires pour continuer à changer positivement tout au long de leur vie. La Colombie-Britannique a formé environ 50 instructeurs principaux qui forment les facilitateurs. Il y a environ 250 facilitateurs, notamment des agents de prévention, des enseignants, des infirmières de santé publique et des travailleurs sociaux, qui donnent le programme dans les écoles, les écoles alternatives, et les centres communautaires et d'accueil. Le programme Kick the Nic a été donné dans environ 75 communautés en Colombie-Britannique depuis son lancement et environ 11 000 guides de participant ont été distribués.

Kick the Nic a été essayé dans 12 écoles de **Terre-Neuve** et presque 100 adolescents ont suivi le programme. Une évaluation s'est terminée en mai 2001 et la province a acheté des ressources pour 20 programmes supplémentaires. Les gouvernements des **Territoires du Nord-Ouest** et de la **Saskatchewan** négocient actuellement avec la Colombie-Britannique en vue d'adapter le programme afin de l'utiliser chez eux, et l'**Ontario** a essayé le programme Kick the Nic dans trois communautés. Plus de 150 étudiants de l'**Île-du-Prince-Édouard** ont suivi le programme Kick the Nic.

En **Alberta**, la *Municipal Government Act* permet aux municipalités d'adopter des règlements qui limitent le tabagisme. Une campagne de publicité dans les médias, des ateliers de travail, des documents imprimés, des ressources de site Web et des actions sociales, qui ont été soutenus et facilités par l'Alberta Tobacco Reduction Alliance et Action on Smoking and Health. Ces activités ont permis aux Albertains de mieux prendre conscience des répercussions sur la santé de l'usage du tabac. Cela a incité un grand nombre de communautés de l'Alberta à présenter des pétitions à leurs gouvernements locaux pour qu'ils adoptent des règlements d'interdiction de fumer, ce que de nombreuses municipalités ont fait.

Santé Canada a collaboré avec les ministères de la Santé des provinces de la **Saskatchewan** et du **Manitoba**, pour présenter l'atelier de travail « The National Strategy and You » auquel 60 personnes ont assisté, représentant les ministères de la santé provinciaux de la Saskatchewan et du Manitoba, des responsables de la santé et des groupes d'intérêts et de revendication. Les participants ont déterminé des priorités et des questions pour lesquelles il importe d'assurer le suivi dans les deux provinces. Les ateliers Action for Tobacco Advocacy de la Saskatchewan ont permis de dégager une description détaillée des éléments permettant de mobiliser la communauté dans le but d'influencer le gouvernement, quels que soient la question et le palier gouvernemental.

Le bureau régional de **Santé Canada** a parrainé un projet pilote unique à la **Saskatchewan** qui s'est soldé par la création d'une coalition de détaillants, districts de santé, organismes d'exécution et commissions scolaires. Cette coalition a élaboré un programme complet de surveillance des détaillants et d'activités de sensibilisation visant à empêcher la vente du tabac aux jeunes de Moose Jaw.

À l'heure actuelle, le ministère de la Santé du **Manitoba** élabore une stratégie provinciale de lutte contre le tabagisme qui, dans une grande mesure, s'articule sur les mêmes buts que la stratégie fédérale, c'est-à-dire la prévention, l'abandon du tabac, la protection et la dénormalisation. Les ONG et le gouvernement ont défini ensemble des objectifs provinciaux. La confirmation de la stratégie provinciale devrait se faire en 2001.

Une évaluation indépendante par l'Unité de recherche sur le tabagisme en **Ontario** (URTO) a conclu que, d'ici la fin de l'exercice, les bases auraient été jetées et l'infrastructure serait en place pour la réalisation d'un programme de lutte contre le tabagisme efficace à volets multiples en Ontario. Les conseils locaux sans tabac ont participé à la mise en œuvre du concours Quit Smoking 2000 qui a attiré 12 469 personnes qui s'y sont inscrites. Le concours a été lancé conjointement avec un projet d'éducation de la communauté qui a aidé à élaborer des matériels, et des trousses d'information et d'intervention, pour que la communauté puisse mieux lutter contre le tabagisme et faire valoir les enjeux antitabac.

La Teen Tobacco Team (T.T.T.) a été créée en novembre à **Terre-Neuve** et se compose de dix jeunes âgés de 14 à 20 ans représentant toutes les régions de la province. L'équipe se réunit trois fois par an et a été très active dans plusieurs initiatives antitabac, par exemple l'élaboration et la conception de la campagne de publicité Smoking Sucks, l'ouverture d'un site Web et une campagne épistolaire.

En juin 2000, des représentants de l'Organisation mondiale de la santé, du Center for Disease Control d'Atlanta, du Massachusetts Tobacco Control Program et de la Colombie-Britannique ont assisté à la conférence sur la pratiques meilleurs (Best Practices Conference), qui a eu lieu en **Nouvelle-Écosse**. Plus de 25 intervenant principaux y ont participé et au cours des mois suivants ils ont élaboré la stratégie provinciale de lutte contre le tabac (Provincial Tobacco Control Strategy). La stratégie préconise la création des partenariats et met l'accent sur les impôts, la législation, la prévention du tabagisme chez les jeunes, les programmes communautaires, l'abandon, la sensibilisation du grand public, la surveillance et l'évaluation.

La Tobacco Reduction Alliance de l'**Île-du-Prince-Édouard**, disposant de ressources communautaires et gouvernementales, a conçu et mis en ouvre un vaste programme d'abandon comprenant du counseling et un soutien financier pour les thérapies de remplacement de la nicotine. Au cours des cinq premiers mois de fonctionnement, plus de 600 résidants de l'Île-du-Prince-Édouard ont demandé du counseling pour l'abandon du tabac et plus de 300 ont reçu du soutien pour une thérapie de remplacement de la nicotine. La collaboration et les contributions financières proviennent des gouvernements provincial et fédéral, d'entreprises privées ainsi que de la PEI Pharmaceutical Association.

Premières nations, Inuits et Métis

La Stratégie nationale révisée reconnaît qu'il n'y a pas une seule démarche efficace qui peut être utilisée auprès de tous les Canadiens. Les interventions et les activités doivent être adaptées aux besoins particuliers des communautés. De plus, il est plus probable qu'un changement durable se produira si les personnes touchées participent à sa planification.

Les enquêtes sur la santé menées en 1997 auprès des Premières nations et des Inuits révèlent des taux de tabagisme de 62 % pour les Premières nations et de 72 % pour les Inuits. D'après ces enquêtes, la moyenne d'âge pour commencer à fumer est

plus jeune dans ces populations que dans la population en général. En plus d'examiner les facteurs de risque les plus élevés, il faut tenir compte dans les démarches de lutte antitabac dans ces communautés de facteurs culturels comme l'usage traditionnel du tabac dans certaines cultures autochtones. Pour ces raisons, mises à part les cinq orientations stratégiques, la Stratégie nationale reconnaît que des stratégies distinctes doivent être établies avec les leaders locaux à l'aide de mécanismes communautaires et de collaboration. Le rapport d'étape de cette année met l'accent sur les activités suivantes.

Les **Territoires du Nord-Ouest** ont parrainé un projet de recherche unique dans le domaine des succédanés du tabac utilisés par les Dénés. Lorsque les Dénés partent dans la forêt pendant de longues périodes de temps, ils utilisent des plantes locales qu'ils ajoutent à leur tabac pour en prolonger l'utilisation. La recherche a été menée en deux étapes dans le but de déterminer quelles étaient les plantes employées et la façon dont elles étaient traitées. Une analyse toxicologique des plantes sèches et fraîches et de la fumée qu'elles produisent a été effectuée et un rapport est rédigé. La recherche a pour but d'établir le contexte culturel dans lequel les jeunes se trouvent lorsqu'ils doivent prendre des décisions au sujet de l'usage du tabac.

Au printemps et à l'été 2000, le personnel ministériel du **Nunavut** a rencontré le personnel régional et les membres de l'association nationale des femmes inuites, Pauktuutit, pour discuter de la stratégie de lutte antitabac. Ces réunions ont permis de dégager l'orientation initiale qui sera choisie, au moins dans le futur immédiat, pour la mise sur pied du programme de réduction de l'usage du tabac du Nunavut.

En janvier 2001, la **Colombie-Britannique** a lancé la stratégie « Honouring Our Health, an Aboriginal Tobacco Strategy for British Columbia ». C'est la première stratégie de la sorte au Canada. Il s'agit d'une stratégie communautaire qui fait partie intégrante de la stratégie antitabac provinciale. Cette stratégie a été conçue par les Autochtones pour les Autochtones. Elle a été inaugurée par un défi où les participants des communautés autochtones de la Colombie-Britannique ont été invités à honorer leur santé en arrêtant de fumer, en réduisant le nombre de cigarettes qu'ils fumaient ou en restant sans fumée dans leurs maisons pendant un mois. Une célébration a été organisée en mars 2001 pour reconnaître leurs efforts.

Les priorités stratégiques de la stratégie antitabac autochtone comprennent : 1) mobilisation du leadership autochtone, 2) harmonisation à la vision plus large de revitalisation culturelle, 3) génération d'enthousiasme dans la communauté et recrutement de volontaires, 4) renforcement des relations avec les autorités sanitaires, 5) développement de capacités dans la communauté, 6) intégration aux initiatives sociales et sanitaires existantes, 7) mise en commun des pratiques exemplaires (interventions habituelles pour réduire le mauvais usage du tabac commercial) et des meilleures traditions (respect de l'usage traditionnel du tabac dans les communautés autochtones) et 8) évaluation des progrès.

Un groupe de travail autochtone composé de représentants autochtones venant des diverses régions de la province s'assure que la stratégie antitabac autochtone continue d'être guidée et soutenue par les communautés autochtones.

Conclusion : Aller vers l'avant

Les données et l'information présentées dans ce premier rapport d'étape sur la Stratégie nationale pour réduire l'usage du tabac démontrent qu'au cours des 35 dernières années, le Canada a réduit sensiblement le pourcentage de sa population qui consomme du tabac. Cependant, à cause de la croissance de la population au cours de la même période, le nombre absolu des fumeurs n'a pas diminué de façon significative. Même si les données pour l'an 2000 de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada indique que le pourcentage des fumeurs dans les 10 provinces a continué à diminuer lentement, il subsiste plusieurs points de préoccupation. La diminution des taux de tabagisme chez les femmes semble avoir atteint un plancher, la baisse depuis 1999 n'étant que marginale. En outre, les taux de prévalence chez les jeunes Canadiens continue de susciter une inquiétude particulière puisque la majorité des nouveaux fumeurs sont des adolescents.

Les taux de prévalence chez les jeunes ont en fait augmenté du milieu à la fin des années 1990 et ne font que commencer à diminuer légèrement. Nous devons mieux saisir ce qui motive les jeunes à commencer à fumer et les mesures à prendre pour les dissuader de commencer à fumer. Il est évident qu'il s'agit-là d'un groupe cible qui exige des mesures adaptées à ses besoins, à son mode de vie et à son stade dans la vie. Il est bien difficile pour les adultes de reconnaître la réalité des conséquences néfastes pour la santé du tabagisme lorsqu'ils commencent souvent avec des décennies de retard. Il est d'autant plus difficile pour les adolescents dont les préoccupations sont bien différentes de celles de la plupart des adultes et qui ont de la difficulté à visualiser ce que leur vie sera dans cinq ans.

Actuellement, les données sur le tabagisme des jeunes sont présentées pour deux groupes d'âge : les 15 à 19 ans et les 20 à 24 ans. Mais nous savons qu'un certain nombre d'enfants âgés d'à peine 10 ou 12 ans commencent à fumer. Il faut plus de renseignements sur les circonstances et sur la motivation des très jeunes fumeurs.

Il existe d'autres lacunes importantes dans les données. Elles indiquent que les taux de prévalence chez les Premières nations et les Inuits sont beaucoup plus élevés que pour la population en général, mais il n'existe aucun mécanisme de collecte de données régulier pour suivre l'usage du tabac chez ces personnes. Lorsque les communautés autochtones se pencheront sur l'usage non traditionnel du tabac, leurs initiatives devront être évaluées de sorte que les démarches efficaces puissent être renforcées et élargies adéquatement. De plus, il y a un manque important de données du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. Une stratégie doit être mise au point pour assurer une collecte de données habituelle dans les territoires.

En outre, les enquêtes actuelles ne permettent pas de recueillir de l'information sur certains groupes de population comme les personnes qui sont institutionnalisées et les sans-abri.

Pour améliorer l'estimation des taux de morbidité et de mortalité, il reste beaucoup de travail à faire dans la collecte de l'information sur la situation relative au tabagisme des personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé. En outre, même si les risques pour la santé de l'usage du tabac sont bien établis, on met l'accent dans la collecte de données sur certaines affections, particulièrement le cancer du poumon. Il est connu que d'autres maladies sont liées à l'usage du tabac ou à l'exposition à la fumée des autres, comme l'asthme et les infections de l'oreille moyenne et il importe donc que la collecte des données soit raffinée.

Plusieurs activités de collecte de données innovatrices ont été entreprises, mais il est nécessaire de les répéter pour que l'on puisse vérifier les tendances et les modèles. Par exemple, l'enquête auprès des écoles, des garderies, des établissements de soins de santé et des établissements commerciaux nous a donné une bonne appréciation des politiques sur le tabagisme de ces organisations. Toutefois, les résultats de cette enquête sont en train de devenir périmés et il faudrait obtenir des renseignements plus récents pour suivre les progrès réalisés dans le domaine de l'élimination de l'exposition des Canadiens à la fumée des autres.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent déjà à se pencher sur quelques-unes des questions et des lacunes relatives aux données dont il est question dans le présent rapport. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Manitoba ont pris des mesures pour élaborer ou mettre en œuvre des stratégies de lutte antitabac. En avril 2001, l'Honorable Allan Rock a annoncé une stratégie fédérale renouvelée pour lutter contre le tabac, y compris un financement de 480 millions de dollars. Parmi les nombreuses initiatives qui seront mises en place au cours de l'année à venir, mentionnons l'Enquête « Au nord du 60e » spécialement conçue pour l'usage du tabac.

Bien qu'il soit difficile de mesurer le progrès réalisé dans le sens des buts de la Stratégie nationale sur une base annuelle, nous croyons qu'avec le temps, les tendances se dégageront clairement. Des rapports d'étape annuels qui suivent ces tendances et font ressortir les connaissances qui nous manquent pour lutter contre l'usage du tabac joueront un rôle vital pour maintenir le momentum dans le sens de nos objectifs communs d'une société où le moins de Canadiens possible soient dépendants des produits du tabac.

Annexe A : Statistiques sur la prévalence du tabagisme par province

Tableau A-1 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus en Colombie-Britannique, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	29	31	28	21	22
Femmes	23	27	23	19	18
15–24 ans				25	23
Ensemble	26	29	25	20	20

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

Tableau A-2 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus en Alberta, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	36	36	34	27	24
Femmes	32	33	26	25	21
15–24 ans				33	27
Ensemble	34	34	30	26	23

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

Tableau A-3 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus en Saskatchewan, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	35	29	35	27	29
Femmes	28	29	24	24	27
15–24 ans				32	30
Ensemble	31	29	30	26	28

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

Tableau A-4 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus au Manitoba, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	35	25	36	27	29
Femmes	30	31	27	19	23
15–24 ans				31	31
Ensemble	32	28	31	23	26

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

Tableau A-5 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus en Ontario, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	31	31	28	26	25
Femmes	29	28	27	21	21
15–24 ans				29	27
Ensemble	30	29	28	23	23

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

Tableau A-6 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus au Québec, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	42	33	37	32	28
Femmes	36	33	38	29	28
15–24 ans				38	34
Ensemble	38	33	38	30	28

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

Tableau A-7 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus au Nouveau-Brunswick, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	37	28	38	31	27
Femmes	31	26	32	23	26
15–24 ans				32	33
Ensemble	34	27	35	26	27

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

Tableau A-8 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus en Nouvelle-Écosse, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	38	41	26	31	31
Femmes	33	30	33	27	29
15–24 ans				33	31
Ensemble	35	35	29	29	30

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

Tableau A-9 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus à l'Île-du-Prince-Édouard, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	33	36	49	28	29
Femmes	23	23	29	23	26
15–24 ans				33	34
Ensemble	27	29	39	26	28

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

Tableau A-10 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus à Terre-Neuve, 1986–2000

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	35	40	29	32	29
Femmes	30	29	25	25	26
15–24 ans				33	34
Ensemble	32	35	27	28	28

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

Tableau A-11 Prévalence des fumeurs dans les Territoires du Nord-Ouest

	1999
Hommes	42,4
Femmes	39,7
15–24 ans	40,3
25–39 ans	44,9
40–59 ans	39,9
60 ans et plus	30,7
Autochtones	54,2
Non-Autochtones	30,1
Ensemble	42

Source : Northwest Territories Ministry of Health and Social Services.

Tableau A-12 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus dans le Yukon, 1994

	1994
Hommes	43,6
Femmes	39,2
15–24 ans	42,3
Ensemble	41,5

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994. Les données provenant de l'ENSP de 1998 et de l'ECSC de 2000 ne sont pas encore disponibles.